

ПУБЛИЧНИ ПОЛИТИКИ.bg

(ISSN 1314-2313)

Journal of Public Policy and Good Governance

Volume 13/ Number 2/ April 2022



HEALTH POLICY

Съдържание / Content

УВОДНИ ДУМИ/INTRODUCTORY WORDS

ЗА УПРАВЛЕНИЕТО И ЗДРАВНИТЕ ПОЛИТИКИ / ABOUT GOVERNANCE AND HEALTH POLICIES

Александър Вълков / Alexander Valkov

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА / HEALTH POLICY

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА В КРИЗА / HEALTH POLICY IN CRISIS

Антония Димова / Antonia Dimova

ЗДРАВНАТА БЕДНОСТ КАТО ПРЕДМЕТ НА ПУБЛИЧНИТЕ ПОЛИТИКИ / HEALTH POVERTY AS A SUBJECT OF PUBLIC POLICIES

Ралица Велева / Ralitsa Veleva

ПОЛИТИКИ ЗА ЗАДЪРЖАНЕ И РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВОТА ПРЕД БЪЛГАРСКАТА ЗДРАВНА СИСТЕМА / RETENTION POLICIES AND HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT IN HEALTHCARE – CHALLENGES FACING THE BULGARIAN HEALTHCARE SYSTEM

Златина Шотарова / Zlatina Shotarova

ИНСУЛТЪТ – НОВАТА ХУМАНИТАРНА КАТАСТРОФА: СМЯНА НА ПРИОРИТЕТИТЕ / STROKE - THE NEW HUMANITARIAN CATASTROPHE: SHIFTING PRIORITIES

Лиляна Станчева, Александър Вълков / Lilyana Stancheva, Alexander Valkov

ИКОНОМИКА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО / ECONOMICS OF HEALTHCARE

ИКОНОМИЗАЦИЯ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО - НЕОБХОДИМИЯ БАЛАНС МЕЖДУ ПАЗАРНИ ОТНОШЕНИЯ И ДЪРЖАВНА РЕГУЛАЦИЯ / ECONOMIZING HEALTHCARE - THE NECESSARY BALANCE BETWEEN MARKET RELATIONS AND GOVERNMENT REGULATION

Тихомира Златанова, Румяна Янева, Цветелина Петрова-Готова, Николай Попов / Tihomira Zlatanova, Romyana Yaneva, Tsvetelina Petrova-Gotova, Nikolay Popov

ПОТРЕБНОСТ ОТ ИЗПОЛЗВАНЕ НА ИКОНОМИЧЕСКИ ПРИОРИТЕТИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО / THE NEED TO USE ECONOMIC PRIORITIES IN HEALTHCARE

Румяна Янева, Тихомира Златанова / Romyana Yaneva, Tihomira Zlatanova

**ИЗМЕРВАНЕ НА РЕЗУЛТАТИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО / OUTCOMES
MEASUREMENT IN HEALTH CARE**

Надя Велева / Nadia Veleva

**ПРИЛОЖЕНИЕ НА МОДЕЛ НА АЛТМАН ЗА ОЦЕНКА НА РИСКА ОТ
НЕСЪСТОЯТЕЛНОСТ И ФИНАНСОВА (НЕ)СТАБИЛНОСТ НА БОЛНИЦИТЕ В
БЪЛГАРИЯ / APPLYING ALTMAN Z-SCORE ANALYSIS FOR ASSESSING THE
FINANCIAL STRENGTH, AND THE RISK OF INSOLVENCY OF BULGARIAN
HOSPITALS**

Минчо Минев, Любомира Коева / Mincho Minev, Lyubomira Koeva-Dimitrova

**ЗДРАВНА ПОЛИТИКА В УСЛОВИЯТА НА КОВИД-19 /
HEALTH POLICY IN THE COVID-19 ERA****КОСВЕНИТЕ ЕФЕКТИ НА ПАНДЕМИЯТА ОТ КОВИД-19 – ОТЛАГАНЕ НА
ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ПОСЛЕДСТВИЯТА ЗА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА / INDIRECT
EFFECTS OF THE COVID-19 PANDEMIC - POSTPONED HEALTH CARE AND
CONSEQUENCES FOR THE HEALTH SYSTEM**

Мария Рохова, Maria Rohova

**ОБЩЕСТВЕННОТО МНЕНИЕ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В
УСЛОВИЯТА НА COVID -19 / PUBLIC OPINION ON OUTPATIENT MEDICAL CARE
IN THE CONDITIONS OF COVID-19**

Тихомира Златанова, Румяна Янева, Цветелина Петрова-Готова, Николай Попов / Tihomira Zlatanova, Rumyana Yaneva, Tsvetelina Petrova-Gotova, Nikolay Popov

**КОВИД-19: РЕШЕНИЯ В ОТГОВОР НА КРИЗАТА / COVID-19: RESPONSES TO THE
CRISIS**

Петко Салчев / Petko Salchev

**HOW TRUST IN GOVERNMENT INFLUENCES VACCINATION? / КАК ДОВЕРИЕТО
В ПРАВИТЕЛСТВОТО ВЛИЯЕ НА НАГЛАСИТЕ КЪМ ВАКСИНАЦИЯ?**

Krasimira Valcheva / Красимира Вълчева

**ВЛИЯНИЕ НА НЕРАВЕНСТВАТА В ПУБЛИЧНОТО ФИНАНСИРАНЕ НА
ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ В ЕС ВЪРХУ ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19 / IMPACT OF
INEQUALITIES IN PUBLIC FUNDING OF EU HEALTH SYSTEMS ON THE COVID-19
PANDEMIC**

Боян Игнатов / Boyan Ignatov

ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ НА ПРАКТИКА / HEALTH MANAGEMENT IN PRACTICE

УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО И БЕЗОПАСНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В УСЛОВИЯ НА ПАНДЕМИЯ / QUALITY MANAGEMENT AND PATIENT SAFETY DURING PANDEMIC

Мина Попова / Mina Popova

ОТГОВОРНОСТ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ПРИ ПРИЧИНЯВАНЕ НА ВЪТРЕБОЛНИЧНИ ИНФЕКЦИИ / LIABILITY OF HEALTHCARE FACILITIES FOR DAMAGES, CAUSED BY HOSPITAL – ASSOCIATED INFECTIONS

Мария Шаркова / Mariya Sharkova

DRUG SHORTAGES AS A CONSTANT PUBLIC HEALTHCARE CRISIS - CAUSES, CONSEQUENCES, SOLUTIONS / НЕДОСТИГЪТ НА ЛЕКАРСТВА КАТО ПОСТОЯННА КРИЗА В ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ - ПРИЧИНИ, ПОСЛЕДИЦИ, РЕШЕНИЯ

Боряна Маринкова / Boryana Marinkova

ИНСТИТУЦИИ НА ГРАЖДАНСКОТО ОБЩЕСТВО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО: РОЛИ И ПОТЕНЦИАЛ В БЪЛГАРИЯ / CIVIL SOCIETY ACTORS IN HEALTHCARE: ROLE AND POTENTIAL IN BULGARIA

Деница Горчилова / Denitsa Gorchilova

УВОДНИ ДУМИ / INTRODUCTORY WORDS

Уважаеми читатели,

Пред Вас е новият брой на ПУБЛИЧНИ ПОЛИТИКИ.bg, посветен на управлението на общественото здравеопазване. Неизбежно днес свързваме тази тема с коронавирусната пандемия, която през последните две години постави националните здравни системи на изпитание, а заедно с тях икономиките и социалните системи, ежедневието на хората и бизнеса. На фона на глобалната здравна криза КОВИД-19 откри още по-силно ендемични за нас дефицити: ниски публични разходи за здравеопазване, недофинансиране на клинични пътеки, недостатъчно ресурси за дългосрочни грижи, високи директни плащания от пациентите, ориентация към болнична помощ и високо равнище на хоспитализации, ниска ефективност на политиките за профилактика и промоция на здравето, непълно покритие на обществената здравноосигурителна система, териториални дисбаланси в предоставянето на здравни услуги и осигуреност, недостиг на медицински специалисти и особено на медицински сестри и др. Управлението на общественото здравеопазване днес е поле на ожесточен политически, икономически и социален дебат, което съответства, както разбрахме и от личен опит, на критичното място на тази сфера за всички аспекти на съвременния живот. Пандемията бе предизвикателство към способността на публичното управление за премислен, ефективно организиран и управляем отговор, най-вече чрез политиките в общественото здравеопазване.

В началото бе книгата.

В нашата страна началото бе поставено от пионерния труд „Здравният икономикс“ (1994) на проф. Евгения Делчева от Университета за национално и световно стопанство (УНСС), един от най-авторитетните български изследователи в областта на икономиката на здравеопазването. В здравеопазване, функциониращо (тогава) по модела „Семашко“ изложените в книгата начала на модерната, организирана по конкурентни механизми и либерални принципи икономика на здравеопазването очертаха нова рамка на здравно-политически промени, на теоретичен и приложен икономически анализ, и дадоха силен тласък последващите изследвания. Днес икономиката на здравеопазването и здравния мениджмънт е утвърдена научна област, а здравните икономисти и здравните мениджъри – влиятелна общност за здравната политика.

Този тематичен брой бе замислен като калейдоскоп на управлението на общественото здравеопазване. Затова и в него се открояват три свързани изследователски и приложни перспективи: здравна политика, икономика на здравеопазването и здравен мениджмънт. Това определи и избора на рубриците в изданието. Желанието ни бе да представим изследвания, както на утвърдени, така и на по-млади автори от различни изследователски и образователни центрове у нас – по горещите теми в трите перспективи.

Първата рубрика е посветена на *здравната политика*. На основата на концепцията за *resilience* А. Димова (МУ-Варна) прави критичен преглед на здравната политика в България, през различните етапи на нейното реформиране и развитие, от гледна точка на способностите ѝ да се справя с актуалните проблеми в здравната система, за да очертае кризата в самата здравна политика. Като очертава различни сценарии Р. Велева (УНСС) прави опит да въведе и операционализира понятието „здравна бедност“ в научния дискурс на здравната политика. Статията на Зл. Шотарова (УНСС) откроява друг структурен проблем, най-тясното място при функционирането на здравната

система и за редица здравни заведения по региони на страната в условията на пандемия – недостигът на медицински специалисти и особено на медицински сестри. Студията на Л. Станчева (УМБАЛ-Пирогов) и вашия редактор систематизира актуални научни резултати за нарастване на честотата, разпространението и тежестта от инсулта в дългосрочен план, като очертават картината на „нова хуманитарна катастрофа“. Заболяването се превръща в основен проблем на общественото здравеопазване, което изисква промени в здравните политики по целия път на инсулта, с приоритет на осведомеността и превенцията на популационно равнище.

Втората рубрика събира изследвания в областта на *икономиката на здравеопазването*. Авторитетен екип от здравни икономисти от МУ-София – Т. Златанова, Р. Янева, Цв. Петрова-Готова и Н. Попов, обосновават извода, че независимо от начина на финансиране на здравеопазването трябва да се гледа като на инвестиция в бъдещ икономически растеж. Подходът „икономизация на здравеопазването“ (рационално използване на ограничените здравни ресурси) е основание за Т. Златанова и Р. Янева да предложат преосмисляне на приоритетите и ефективен избор в здравната система. Здравно-политическите решения трябва да се основават на ясни и измерими резултати. Статията на Н. Велева (МУ-Плевен) е посветена на начините за идентифициране, измерване и оценяване на здравните резултати – като здравни подобрения и като оценка на производствените ползи от връщането на хората на работа, в резултат на възстановеното здраве. С акцент към приложната икономика и мениджмънт е статията на М. Минев и Л. Коева (МУ-Варна), които представят възможностите на модел на Алтман за оценка на риска от несъстоятелност в болничното управление.

Третата рубрика очертава *здравно-политическите решения в условията на КОВИД*. Като стъпва на резултати от национално представително проучване М. Рохова (МУ-Варна) анализират причините и детерминантите за отлагане на използването на здравни услуги в България и показва, че косвените ефекти на пандемията могат да бъдат много по-големи от проблемите, свързани със самата коронавирусна инфекция. Екипът от катедрата по Икономика на здравеопазването при МУ-София представя данни от изследване, което цели да покаже как КОВИД-19 и свързаните с него промени в организацията и в достъпа до ИБМП се отразяват на качеството на обслужването. Макрорешенията в отговор на пандемията и промените в механизмите за допълнително финансиране на изпълнителите на медицински услуги са обобщени в статията на П. Салчев (НЦОЗА, НЗОК). Според К. Вълчева (УНСС) изграждането и укрепването на отношенията на доверие са от значение в правителствените политики в кризисни времена, а според Б. Игнатов (УНСС) начинът по който страните от ЕС се справят с пандемията зависи и от публичното финансиране на здравните системи.

В четвъртата рубрика си дават среща изследвания от *практиката на здравния мениджмънт*. Експертът по управление на качеството М. Попова (УНСС, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“) представя приложим в здравната практика модел за управление на качеството в условията на пандемия. На базата на данни от съдебни спорове адв. М. Шаркова разглежда правната регулация на профилактиката и контрола на вътреболничните инфекции. Б. Маринкова (УНСС) разглежда причините и потребителските последици от недостига на лекарства. Като прави ретроспективен преглед на основанията и формите, чрез които институциите на гражданското общество играят роля в системата на здравеопазването прави Д. Горчилова (УНСС) проучва тезата за липсата на законови основания граждански структури у нас да участват директно в производството на здравни и лечебни услуги.

Приятно четене!

Александър Вълков, отговорен редактор на броя

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА / HEALTH POLICY

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА В КРИЗА¹

Антония Димова², Медицински университет - Варна

Резюме

Пандемията от COVID-19 повдигна важни въпроси за издръжливостта на здравните системи и за ролята на здравната политика в управлението на кризата във всичките ѝ проявления – не само здравни, но и социални и икономически. Тези въпроси са повод за насочване на вниманието към здравната политика в България от гледна точка на способностите ѝ да се справя с актуалните проблеми в здравната система през различните етапи на нейното реформиране и развитие. На базата на синтез на резултати от предходни изследвания са коментирани основни характеристики на здравната политика и здравнополитическия процес в няколко последователни кризисни момента – преди, по време на и след въвеждане на здравното осигуряване. Анализът на здравната политика в някои ключови етапи в развитието на здравната система, в които са били извършвани съществени промени в нея, или такива, в които е било необходимо да бъдат взети важни здравнополитически решения, но това не е било направено, очертава кризата в самата здравна политика. В случая това е криза на ценности, водеща до подмяна на основополагащи за здравната система принципи под натиска на случайни и често пъти външни за системата политически и икономически фактори и като резултат – неспособност на здравната политика да осигури и гарантира стабилността на системата.

Ключови думи: здравна политика, криза, анализ на здравната политика, издръжливост на здравната система

HEALTH POLICY IN CRISIS

Antoniya Dimova³, Medical University - Varna

¹ Част от материала е представена като пленарен доклад със същото заглавие на Четвъртата национална конференция „Иновации в общественото здраве“ на Българското научно дружество по общественото здраве, София, 17-18 септември 2020 г.

² Антония Димова е професор в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването на Факултет по общественото здраве, Медицински университет – Варна. Основните ѝ научни интереси и публикации са в областта на анализите на здравната система и здравната политика, управлението на здравеопазването и управлението на качеството на здравеопазването. Проф. Димова има над 20 години опит в преподавателската и научноизследователската дейност. Участва активно в мрежата HSPM (Health System Policy Monitor) на Европейската обсерватория за здравни системи и политики.

³ Antoniya Dimova, PhD is Professor at the Department of Health Economics and Management, Faculty of Public Health, Medical University of Varna. Her main scientific interests and publications are in the field of health system and health policy analyses, healthcare management and healthcare quality management. Prof. Dimova has over 20 years of experience in teaching and research. She is actively involved in the HSPM (Health System Policy Monitor) network of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Abstract

The COVID-19 pandemic has raised important questions about health systems resilience and the role of health policy in crisis management regarding not only health but also social and economic consequences. This draws attention to the health policy in Bulgaria in terms of its ability to deal with the health system challenges during various stages of its development. Based on synthesis of the previous studies results, we comment on the main characteristics of health policy in several crucial periods of time - before, during and after the introduction of health insurance system in Bulgaria. The analysis of health policy at some key stages in the health system development, when significant changes have been made or should be made, outlines the crisis in health policy itself. In this case, it is a crisis of values, leading to replacement of some core health system principles under the pressure of random and often external political and economic factors. This results in inability of the health policy in Bulgaria to ensure health system sustainability.

Key words: health policy; crisis; health policy analyses; health system resilience.

ВЪВЕДЕНИЕ

Пандемията от COVID-19 предизвика безпрецедентна за съвременните общества здравна криза, която постави на сериозни изпитания и в риск функционирането на здравните системи на отделните страни, водейки и до съществени негативни промени в почти всички аспекти на социално-икономическия живот. Въпреки опита с предишни кризи от такъв мащаб, ясните сигнали за задаващи се нови и наличието на планове за реакция, всички държави и техните здравни системи, в една или друга степен, бяха и в действителност се оказаха неподготвени (Global Preparedness Monitoring Board, 2019; The Lancet Planetary Health, 2020). За краткия двугодишен период от началото на пандемията до настоящия момент се натрупаха значим обем изследвания, които най-вероятно ще продължат и дълго след отшумяването ѝ, относно начините, по които отделните страни и здравните им системи реагират на и се справят (или не) със кризата, проблемите, с които се сблъскват и причините за тях, резултатите от едни или други интервенции и политики. Окончателните оценки все още предстоят, но като съществен проблем за способността на здравните системи и обществата като цяло да се справят ефективно с кризата вече безспорно се очертават управлението (в по-широкия му контекст, а не само управлението на здравната система), и свързаното с него доверие, и обществените политики (Sagan A et al., 2020; Palagyi A et al., 2019; Greer S L et al, 2020; McKee M et al., 2021; Altiparmakis A et al., 2021), сред които здравната политика, провеждана не само в рамките на здравната система, но и извън нея, най-вероятно ще се окаже фактор с решаващо значение. В контекста на концепцията за “здраве във всички политики/health in all policies“ (термин използван за първи път по време на финландското председателство на Европейския съюз през 2006 г.), чиито корени в международен план могат да бъдат проследени до Декларацията от Алма-Ата на Световната здравна организация от 1978 г. (Ståhl T, 2018), отражението на пандемията върху социо-икономическия живот и необходимостта от приоритизиране на проблемите на общественото здраве извеждат на преден план ролята на здравната политика в управлението на кризата във всичките ѝ

проявления – не само здравни, но и социални и икономически. Това повдига въпроса доколко способността на дадена страна да се справи умело с една криза, с причини и последствия като тези, причинени от COVID-19, зависи от зрелостта и ефективността на провежданата в нея здравна политика. Настоящият материал не търси отговор на този въпрос; повдигнатият въпрос е само повод за насочване на вниманието към здравната политика в България от гледна точка на способностите ѝ да се справя с актуалните проблеми и предизвикателства в здравната система. Настоящият материал, без да претендира за изчерпателност, представлява коментар на здравната политика в България, чрез синтез на резултати от предходни изследвания. Анализирани са ключови характеристики на здравната политика и здравнополитическия процес в няколко последователни кризисни момента – преди въвеждане на здравното осигуряване, периода на здравна реформа с промяна на вида на здравната система, финансовата и икономическа криза от 2008-2009 г. и здравната и социално-икономическа криза, причинена от пандемията от COVID-19 през 2020-2021 г. Анализът на здравната политика и здравнополитическия процес в някои ключови етапи в развитието на здравната система, в които са били извършвани съществени промени в здравната система, отразяващи се върху нейния дизайн или функциониране или такива, в които е било необходимо да бъдат взети важни здравнополитически решения, но това не е било направено, би помогнал за идентифициране на кризите в самата здравна политика.

ПОНЯТИЕ ЗА КРИЗА И РОЛЯ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА

Понятието „криза“ е дефинирано в Оксфордския речник като: (1) време на голяма опасност, затруднения или несигурност, когато проблемите трябва да бъдат решени или трябва да се вземат важни решения и (2) време, в което проблем и лоша ситуация са в своята най-остра и тежка фаза. И двата аспекта на понятието характеризират точно различни етапи от състоянието и развитието на здравната система в България от началото на нейното реформиране след 1989 г.

Възникнали и изострени проблеми, както и потребност от вземане на важни решения в здравната система, от една страна, са вътрешно присъщи на системата, свързани със здравните потребности на населението и функционирането на здравната система, а от друга – резултат от външни за нея фактори на влияние като икономически или политически кризи. Независимо от етиологията и характера на кризите, ключова роля на здравната политика е да създаде и поддържа устойчивост на здравната система, разбираана като способност на системата да се променя адекватно на здравните потребности, запазвайки стабилността си и чрез нея - способността си да функционира според очакванията. Тази способност на здравната система стои в основата на концепцията за *resilience* (англ.) - една сравнително нова концепция за характеристика на здравните системи, която в последните десетина години привлича в значима степен вниманието на здравни политици, международни организации и изследователи, особено в резултат на глобалната икономическа криза от 2008 г. и епидемиите от Зика и Ебола (Koeva & Rohova, 2020). Терминът *resilience* няма аналог в българския език, който да отразява напълно същността и съдържанието на понятието. Най-

често на български език се използва терминът *издръжливост*, характеризиращ способността на здравната система едновременно да устоява на въздействия, предизвикани от кризи и да се трансформира контролирано, така че да се адаптира в следствие на изпитаните сътресения, запазвайки способност да изпълнява функциите си (Rohova & Koeva, 2021). И в двата аспекта, издръжливостта на здравната система е цел и измерител на здравната политика. В *policy brief* на Европейската обсерватория за здравни системи и политики от 2020 г. се подчертава ролята на здравната политика в укрепването на здравните системи за постигането на тяхната устойчивост и издръжливост на кризи – цел, която е иманентно свързана с другите две здравнополитически цели за осигуряване на универсален достъп и защита на здравето на индивидите (Thomas et al., 2020: 8). В същия документ са посочени стратегии, които следва да се прилагат за осигуряване на издръжливостта на здравната система в различните фази на управление на кризите (подготовка, начало на кризата и предупреждение, въздействие на кризата и управление, възстановяване и учене). Изследователите от Европейската обсерватория за здравни системи и политики извеждат тези стратегии от научната литература по темата и опита на страните в справянето с пандемията от COVID-19 (Thomas et al., 2020: 11), систематизирайки ги в четири направления: управление, финансиране, управление на ресурсите и предоставяне на здравните услуги:

- **Управление:** 1. Ефективно и основано на участието лидерство с ясна визия и комуникации; 2. Координация на действията в рамките на правителството и между правителството и ключовите заинтересовани страни; 3. Организационна култура на обучение, която реагира на кризата; 4. Ефективна информационна система и потоци на информация; 5. Наблюдение, позволяващо навременно регистриране на шокове и тяхното влияние.
- **Финансиране:** 6. Осигуряване на достатъчен финансов ресурс в системата и гъвкавост за преразпределение му и „инжектиране“ на допълнителни средства; 7. Осигуряване на стабилността на системата за финансиране на здравеопазването чрез допълнителни механизми и ресурси за финансиране; 8. Гъвкавост при закупуването и преразпределението на средствата за посрещане на променените потребности; 9. Цялостно здравно покритие.
- **Ресурси:** 10. Достатъчност и подходящо разпределение на човешките и материалните ресурси; 11. Възможност за увеличаване на капацитета за справяне с внезапно нарастване на търсенето; 12. Мотивиран и подкрепян персонал.
- **Предоставяне на здравните услуги:** 13. Алтернативни и гъвкави подходи за предоставяне на услугите.

Тези стратегии могат да се интерпретират като изисквания към здравната политика и в този смисъл могат да се използват като отправни точки в анализ на способността на българската здравна политика да реагира и да се справя адекватно с проблемите на здравната система и

предизвикателствата, пред които тя е изправена в различни периоди или моменти от своето функциониране.

СЪСТОЯНИЕ, РАЗВИТИЕ И КРИЗИ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ

Ако основната роля на здравната политика е да направи системата на здравеопазване устойчива и способна да отговаря на потребностите на обществото при обичайни обстоятелства или в периоди на криза, то оценката на здравната политика може да бъде извършена на базата на това, което тя постига като резултат за състоянието на здравната система.

Редица анализи и оценки на здравната система в България, извършени в различни периоди от нейното развитие разкриват симптомите на една неефективно функционираща здравна система, неспособна да постига основната си цел, свързана с подобряване на здравното състояние на населението, с проблеми, които се задълбочават през годините.

Една от двете основни причини за необходимостта от реформиране на здравната система след 1989 г. е започналата още от средата на 70-те години на 20 век трайна тенденция на влошаване на здравното състояние на населението (Попов ред., 1997 [Popov, 1997]), изразяваща се в нарастване на общата смъртност и смъртността сред лицата в активните възрастови групи, увеличаване на разликата в показателите за смъртността при градското и селското население, намаляване на средната продължителност на живота, увеличаващата се честота на умирианията от болести на органите на кръвообращението, на дихателната система, новообразувания и травми и отравяния, неблагоприятно здравно състояние на децата и учениците, неблагоприятни тенденции по отношение на някои рискови фактори и на самооценката на здравето (Koulaksazov et al., 2003; Димова, Попов и Рохова, 2007 [Dimova, Popov, Rohova, 2007]). Тези негативни тенденции продължават и в периода до реформирането на здравната система с въвеждането на здравното осигуряване, част от тях се запазват и след това. Въпреки положителните тенденции в намаляване на детската и майчината смъртност, увеличаването на продължителността на живота и на живота в добро здраве, тези показатели остават на значително по-неблагоприятно равнище от средните за ЕС, като се очертават дори и някои негативни тенденции, например на увеличаване на смъртността от онкологични заболявания и на задълбочаване на здравните неравенства и неравнопоставеността в здравеопазването (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017, 2019). Пандемията от COVID-19 води до ново съществено влошаване на някои здравни показатели, сред които намаляване на средната очаквана продължителност на живота при раждане с 1,5 години през 2020 г. в сравнение с 2019 г., значителна свръхсмъртност и коефициент на смъртност от COVID-19 до края на август 2021 г. с около 65 % по-висок от средния за всички държави от ЕС (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Проблемните със здравното състояние на населението са съпроводени от персистиращи дефицити във функционирането на здравната система, проявяващи се като симптоми за нейната неефикасност, финансова нестабилност и техническа неефективност –

характеристики, с които системата посреща кризата, предизвикана от пандемията от COVID-19. Тези характеристики на здравната система със съответните доказателства за тях са подробно описани в поредицата от анализи на здравната система на Европейската обсерватория за здравни системи и политики (Georgieva et al., 2007; Dimova et al., 2012, Dimova et al., 2018), засегнати са и в други публикации. На базата на различните анализи, извършвани през годините, основните характеристики на здравната система, които трайно присъстват в нея могат да се обобщят до следните:

- Неефективност на здравната система. Основен белег за нея са неудовлетворителните здравни резултати и задълбочаването на здравните неравенства, независимо от ръста на финансовите ресурси, които постъпват в здравната система след нейното реформиране. Въпреки значителния и устойчив ръст в здравните разходи, здравното състояние не се е подобрило съществено, а някои индикатори свидетелстват дори за влошено качество на здравеопазването. Предотвратимата с добра превенция смъртност нараства за периода 2000-2018 г. за разлика от всички останали европейски страни. Предотвратимата с добра лечебна помощ смъртност намалява с много по-бавни темпове в сравнение с източно-европейските страни. Честотата на хоспитализациите по повод овладявани в извънболничната помощ заболявания и състояния е най-голяма сред всички държави от ЕС (ефект от финансирането и проблемите в качеството и в извънболничната, и в болничната помощ)
- Техническа неефективност с превес на болничната над извънболничната помощ и висок дял на разходите за лекарства. Посещенията в извънболничната помощ на човек от населението са много под средното за ЕС. Профилактичните прегледи в първичната помощ са традиционно далече от целите, особено за населението над 18 г. и съществуват чувствителни регионални различия. Нараства броят на повикванията в спешната помощ, на неспешните амбулаторни прегледи, извършвани в центровете за спешна медицинска помощ, както и средният разход на повикване. Системата страда от регионални дисбаланси по отношение на осигуреността с медицински професионалисти, които са концентрирани в големите населени места. Достъпът до лекари се влошава още повече, особено в първичната помощ.
- Финансова нестабилност. Финансовата нестабилност е характеристика на системата от 90-те, която въвеждането на здравноосигурителната система не успя да преодолее. Системата изпитва постоянен недостиг на финансови ресурси, водещи до неспособността ѝ да осигурява здравни услуги по обем и качество, които съответстват на потребностите. Хроничното „недофинансиране“ на лечебните заведения и дългове на болниците насочват вниманието повече към въпроса за достатъчността на финансовите ресурси, отколкото към проблема за ефективността при тяхното използване.

- Слаба финансова защита на населението, за която свидетелстват относително висок дял на директните плащания и неудовлетворените здравни потребности по финансови причини и доходните неравенства, причинявайки допълнително неравенство; постоянният голям брой на хората, изключени от системата на здравното осигуряване и регресивният ефект на максималния праг за изчисляване на размера на осигурителната вноска водят до непропорционално разпределение на финансовата тежест.

В хода на развитието на здравната система след 1989 г. коментираните проблеми, свързани със здравето и състоянието на системата, периодично се отчитат и в основните здравнополитически документи - националните здравни стратегии.

ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА В ОПИТ ДА РЕШИ ПРОБЛЕМИТЕ

Анализите на здравната политика и здравнополитическия процес в различни етапи на реформиране и развитие на система, цитирани по-горе, като цяло показват по-често опити за решаване на проблемите за „излизане от кризата“, отколкото за преодоляване на причините, водещи до тях, като начин за укрепване на здравната система и повишаване на нейната устойчивост и издръжливост.

В една или друга степен всеки от етапите на реформиране и развитие на здравната система след 1989 г. до настоящия момент може да бъде определен като кризисен, от една страна поради проблемите, свързани със здравното състояние на населението, които съпътстват всеки от периодите и от друга – поради проблемите в самата здравна система, предизвикани включително и от външни за системата икономически и политически фактори. Като такива кризисни периоди могат да бъдат отличени годините от 1990 до въвеждането на здравното осигуряване през 1998-1999 г., периодът на въвеждането и изграждането на новата здравноосигурителна система от 1998 до 2001 г., на нейното развитие и утвърждаване (или по-скоро на необходимостта от развитие и утвърждаване) в следващите години, през етапа на световната икономическа криза през 2008-2009 г. до пандемията от COVID-19, започнала през 2020 г.

През всеки от тези периоди основните усилия на здравната политика са насочени към генериране на повече финансови ресурси за здравната система с цел осигуряване на нейната финансова стабилност (без обаче да постигат реални резултати в това отношение), с малко или никакво внимание към ефективността, качеството и резултатите за здравното състояние на населението, въпреки заявените здравнополитически цели в тези направления. В периода преди въвеждането на здравното осигуряване основните реформи са свързани с прехвърлянето на отговорността от държавата към общините и гражданите, чрез промяната в собствеността на здравните заведения и въвеждане на частните плащания и с реформирането на фармацевтичния сектор (докато лечебният и секторът на общественото здравеопазване изостават значително), а реформирането на системата се отъждествява с въвеждането на здравно осигуряване именно като начин за осигуряване на плурализъм във финансирането на здравеопазването. След въвеждане на здравното осигуряване основните здравнополитически

усилия са отново свързани с осигуряване на финансовата стабилност на системата и намаляване на здравнонеосигурените лица, което се възприема като ключово решение за генериране на повече финансови ресурси за системата. Намаляването на броя на здравнонеосигурените лица се преследва с три промени в Закона за здравното осигуряване (през 2004, 2010 и 2015 г.), които обаче не водят до желанния резултат, тъй като са свързани с удължаване на периода, за който хората трябва да имат платени всички дължими здравни вноски, за да запазят или възстановят правата си на здравноосигурени лица, а това води само до увеличаване на вече натрупани задължения. Увеличаването на размера на здравната осигуровка от 6 на 8 % през 2009 г. също не допринася за решаването на финансовите проблеми в системата. Публичните болници продължават системно да трупат дългове – проблем, който също така системно се решава чрез покриването им (за държавните болници) от Министерство на здравеопазването. Последващи промени, извършени в системата с цел засилване на контрола върху публичните разходи и задържане на разходите за здравеопазване като цяло, включват регулиране на цените на лекарствата (2013-2014 г.), въвеждане на лимити в броя на хоспитализациите по болници и клинични пътеки (2015 г.), както и въвеждане на стандарт за финансово управление на държавните болници (2018 г.). Механизмите за заплащане на изпълнителите на медицинска помощ, които не подкрепят ефективността остават непроменени (с малки изключения – на въвеждане на заплащане за профилактични и диспансерни прегледи в извънболничната помощ и на клинични и амбулаторни процедури в болничната помощ). Структурни и организационни промени, които да водят до съществено подобряване на дизайна и функционирането на системата след нейното реформиране през 1998-2001 г., допринасяйки за по-добри резултати за здравно състояние на населението и на здравната система, не се отчитат. Основните промени в периода на световната икономическа криза през 2008-2009 г. и малко след това (Maresso et al., 2015) отново засягат финансови въпроси: намаляване на бюджета на МЗ през 2009, 2010 и 2012 г., увеличаване на здравноосигурителната вноска от 6 на 8 % през 2009 г. и прехвърляне на средства от НЗОК към МЗ и към държавния бюджет. По време на кризата с COVID-19 отново водещи в здравнополитическите решения са съображенията относно ресурсната и финансовата осигуреност на здравната система, доминирани от политически и икономически съображения (Džakula et al., 2022).

ДИАГНОЗА НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА

Позовавайки се на стратегиите за осигуряване на издръжливостта на здравната система, изведени от Европейската обсерватория за здравни системи и политики през 2020 г. и на заключения от анализите на политиките и здравнополитическия процес в България след 1989 г., може да се оцени не само способността на здравната политика да се справя с проблемите и предизвикателствата, но и да се очертаят някои нейни характеристики, като основополагащи причини за наблюдаваните неуспехи.

По отношение на стратегиите в областта на управлението, здравната политика като цяло се характеризира с липсата цялостно концептуално виждане за реформиране и развитие на

системата, в резултат на което изпреварващо се реформират едни сектори на здравната система, докато други съществено изостават, извършват се еднократни, епизодични и частични промени, с липса на приемственост в провежданата здравна политика от различните правителства и министерства на здравеопазването, с изолация на заинтересованите страни и избор на приоритети, които се основават предимно на наличните ресурси и много често на политически натиск вместо на доказателства за ефективност и ефикасност на системата. В периода на въвеждането и изграждането на здравноосигурителната система (1998-2001 г.), ролята на здравната политика е да постави принципите, на които се основава новата здравна система и да осигури тяхното реализиране на практика чрез съответни здравнополитически решения и нормативна регулация. Принципите са регламентирани в Закона за здравното осигуряване от 1998 г. и, независимо от някои редакции, се запазват по същество през годините, обаче част от тях никога не са били реално спазени, а други бяха нарушавани или подменяни в хода на здравнополитическия процес, водейки до непоследователни и противоречиви мерки, които променят първоначалната посока на реформата (Dimova, 2018). В резултат, проблемите в здравната система не намират своето решение, а някои дори се задълбочават, реформите са блокирани от липсата на политическа воля за съществени промени особено при коалиционни правителства, инициативите за реформи след 2015 г. са посрещнати с резистентност и съпротива, а инициираният през 2015-2016 г. нов подход за формиране на здравната политика, основан на участие на заинтересованите страни, е блокиран от пандемията от COVID-19.

Примери за изначално нереализирани принципи на системата, които би следвало да бъдат водещи начала при формиране на здравната политика, са:

- задължителността при набирането на осигурителните вноски и солидарността - поради постоянния и значителен брой на здравнонеосигурените лица, размера на вноските, заплащани от държавата,
- договарянето на взаимоотношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ - поради въведеното още от самото начало договаряне между НЗОК и съсловните организации, които не могат да представляват адекватно интересите на лечебните заведения. Реално договаряне между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ няма – страна по договора са съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина, които са представители на професионалистите, изпълняващи съответните професии, а не лечебните заведения. Индивидуалните договори между РЗОК и лечебните заведения са типови, основани изцяло на НРД и липсва реален договорен процес.
- равнопоставеността на изпълнителите на медицинска помощ при сключване на договори с НЗОК, която така и не можа да бъде постигната между публичните и частните лечебни заведения - едните не могат, а другите могат да избират дейностите, за които да сключат договор с НЗОК.

Друга част от принципите бяха нарушавани с промени в законодателството в хода на функционирането на здравноосигурителната система:

- солидарността на осигурените при ползването на набраните средства и равнопоставеността при ползването на медицинската помощ - поради вменяване на задължения на НЗОК да заплаща за медицинска помощ, оказана и на здравнонеосигурени лица, независимо от източника на средствата за тази цел, и поради съществуващите големи неравенства в достъпа до медицинска помощ,
- принципите за самоуправление на НЗОК, за публичност в дейността ѝ и за публичен контрол върху извършваните от нея разходи бяха нарушавани с промени в органите ѝ на управление през 2002 и 2009 г., в резултат, на което тя загуби в значителна степен автономността си от изпълнителната власт. Едновременно с увеличаването на осигурителната вноска от 6% на 8%, със законите за бюджета на НЗОК за 2009 и 2010 г. допълнително събраните средства от 2-процентовото увеличение (общо над 1 млрд. лева) се заприходяват като „излишък” и се отнасят към фискалния резерв на държавата, извън разпореждането на НЗОК. Със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 г. „излишъкът” изчезва, а значителна част от парите в бюджета на НЗОК (340 млн. лева, т.е. 12,9 % от всички приходи) се прехвърлят в бюджета на Министерството на здравеопазването (ЗБНЗОК, чл.1, ал.2, ДВ бр.98 от 14.12.2010 г.). Участието на държавата, работодателите и осигурените, т.е. тези които заплащат здравните осигуровки, в управлението на НЗОК е непропорционално на финансовото им участие.

Оценката на здравната политика в България (а и в другите страни) във връзка със справянето с последната криза, предизвикана от пандемията от COVID-19 предстои. На този етап могат да бъдат посочени само някои ключови проблеми, свързани с резултатите за здравното състояние на населението, сред които високата смъртност от COVID-19, свръхсмъртността и неизпълнението на целите по ваксиниране са отчетливи за България. Детайлна оценка на политиките, водещи до едни или други резултати вероятно ще се правят с години след приключване на пандемията. Все пак две взаимосвързани характеристики на провежданата здравна политика в България по време на пандемията, като наследство от предходни периоди, могат да бъдат очертани и към настоящия момент: пренебрегването на комуникациите с гражданите и заинтересованите страни и подчиняването на здравнополитическите решения на икономически и политически, вместо приоритетно на общественоздравни интереси, които да бъдат комуникирани по адекватен начин с широката общественост. Такива рискове съществуват винаги, когато здравната политика страда от дефицит на ценности, принципи и способност да ги отстоява.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравна политика, която подменя основополагащи за системата принципи под натиска на случайни и често пъти външни за системата политически и икономически фактори, не може

да осигури стабилност във функционирането на здравната система. Това особено проличава в моменти на криза и в неструктурирани проблемни ситуации, характеризиращи се с липса на научни знания, опит и - в резултат на това – непредвидимост (например, пандемията от COVID-19), в които единствено общосподелените ценности и фундаменталните принципи на здравната система могат да служат като отправни точки за адекватни здравнополитически решения. Всъщност неспособността на здравната политика да осигури и гарантира стабилността на системата, нахърнявайки и подменяйки принципите, на които е изградена тя, е криза само по себе си. В случая това е кризата на ценностите.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Altiparmakis A, Bojar A, Brouard S, Foucault M, Kriesi H, Nadeau R .Pandemic politics: policy evaluations of government responses to COVID-19. *West European Politics*, 2021. 44:5-6, 1159-1179, DOI: 10.1080/01402382.2021.1930754
- Dimova A, Rohova M, Koeva S, Atanasova E, Koeva-Dimitrova L, Kostadinova T, Spranger A. (2018). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 20(4): 1–256.
- Dimova A. (2018) Health System Financing in Bulgaria. Varna Medical University Press, ISBN 978-619-221-178-3
- Dimova A., Rohova M., Moutafova E., Atanasova E., Koeva S., Panteli D., van Ginneken E. (2012). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition* 2012; 14(3): pp. 1–186
- Džakula A., Banadinović M., Lovrenčić I., Vajagić M., Dimova A., Rohova M., Minev M., Scintee S. G., Vladescu C., Farcasanu D., Robinson S., Spranger A., Sagan A., Rechel B. (2022) A comparison of health system responses to COVID-19 in Bulgaria, Croatia and Romania in 2020, *Health Policy*, 2022, ISSN 0168-8510, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.02.003>.
- Georgieva L, Salchev P, Dimitrova S, Dimova A, Avdeeva O. (2007). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2007; 9(1): 1–156.
- Global Preparedness Monitoring Board. A world at risk: annual report on global preparedness for health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Greer S L., King E J., da Fonseca E M, Peralta-Santos A. The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses. *Global Public Health*, 2020, 15:9, 1413-1416, DOI: 10.1080/17441692.2020.1783340
- Koeva S, Rohova M. Health System Resilience: Concept Development, *Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers)*. 2020 Jul-Sep;26(3)
- Koulaksazov S. et al. in Tragakes, E. ed. (2003) Health care systems in transition: Bulgaria. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 5(2)
- Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan, A., Karanikolos, M., Richardson, E., ... & World Health Organization. (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience.
- McKee M, Gugushvili A, Koltai J, Stuckler D. Are Populist Leaders Creating the Conditions for the spread of COVID-19? Comment on “A scoping review of populist radical right parties’ influence on welfare policy and its implications for population health in Europe.” *Int J Health Policy Manag.* 2021;10(8):511–515. doi:10.34172/ijhpm.2020.124

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), България: Здравен профил за страната 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285071-bg>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), България: Здравен профил на страната 2019 г., State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), България: Здравен профил на страната 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Palagyi A, Marais B J, Abimbola S, Topp S M, McBryde E S, Negin J. Health system preparedness for emerging infectious diseases: A synthesis of the literature. *Global Public Health*, 2019, 14:12, 1847-1868, DOI: 10.1080/17441692.2019.1614645

Rohova M, Koeva S. The Resilience Approach to Health System Performance: What is it and why it Matters, *Izvestia Journal of the Union of Scientists – Varna, Economic Sciences Series*, Vol.10, No1, 2021.

Sagan A, Thomas S, McKee M, Karanikolos M, Azzopardi-Muscat N, de la Mata I, Figueras J. COVID-19 and Health Systems Resilience: Lessons Going Forwards. *Eurohealth* 2020; 26(2).

Ståhl T. Health in All Policies: From rhetoric to implementation and evaluation—the Finnish experience. *Scand. J. Public Health*. 2018;46:38–46. doi: 10.1177/1403494817743895.

The Lancet Planetary Health. Walking forwards, looking backwards. *The Lancet Planetary Health* 2020;4(9):e371.

The Lancet Planetary Health. Walking forwards, looking backwards. *The Lancet Planetary Health* 2020;4(9):e371. [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(20\)30206-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(20)30206-0/fulltext) <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2542-5196%2820%2930206-0>

Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, Karanikolos M. POLICY BRIEF 36: Strengthening health systems resilience. Key concepts and strategies. World Health Organization, the European Observatory on Health Systems and Policies, 2020. Web ISSN 1997-8073. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332441/Policy-brief%2036-1997-8073-eng.pdf>

Димова, А., Попов М., Рохова М. (2007) Здравната реформа в България: Анализ. Институт Отворено общество, София [Dimova, A., Popov M., Rohova M. (2007) Zdravnata reforma v Bulgaria: Analiz. Institut Otvoreno obshtestvo, Sofia].

Попов, М. (2008) Въведение в здравната политика, Академично издателство „Ценов“, Свищов [Popov, M. (2008) Vavedenie v zdravnata politika, Akademichno izdatelstvo „Tsenov“, Svishtov].

Попов, М. ред. (1997) Здравната реформа в България. Част първа, Македония прес, София [Popov, M. red. (1997) Zdravnata reforma v Bulgaria. Chast parva, Makedonia pres, Sofia].

ЗДРАВНАТА БЕДНОСТ КАТО ПРЕДМЕТ НА ПУБЛИЧНИТЕ ПОЛИТИКИ

Ралица Велева¹, УНСС

Резюме

Настоящата разработка представлява опит за въвеждане на понятието „здравна бедност“ в българската научна литература, което добива все по-широка популярност в световните теоретични и емпирични изследвания. Представена е логическата връзка между: лошо здраве – бедност – лошо здраве, т.е. „порочен кръг“ на здравната бедност. Изложено е авторовото разбиране, че посредством публичните политики тези негативни обстоятелства биха могли да се неутрализират и трансформират във възможност за по-добро здраве, а оттам и за формиране на човешки и социален капитал, което е предпоставка за постигане на благосъстояние. Представени са три сценария за здравна бедност, а теоретичните постановки са подкрепени с емпирични данни. Систематизирани са идеите на различни автори за измерване на здравната бедност. Въз основа на изведените зависимости се обуславя ролята на публичните политики като ключова за преодоляване на здравната бедност и бедността изобщо.

Ключови думи: публични политики, здравна бедност, неравенство

HEALTH POVERTY AS A SUBJECT OF PUBLIC POLICIES

Ralitsa Veleva², University of National and World Economy

Abstract

Current paper is an attempt to introduce the concept of "health poverty" in the Bulgarian scientific literature, which obtain popularity in world theoretical and empirical research. The logical connection between: poor health - poverty - poor health, ie. the "vicious circle" of health poverty. The author's understanding is presented that through public policies these negative circumstances could be neutralized and transformed into an opportunity for better health, and hence for the formation of human and social capital, which is a prerequisite for prosperity. Three health poverty scenarios are presented and theoretical statements are supported by empirical data. The ideas of various authors for measuring health poverty are systematized. Based on the derived dependencies, the role of public policies is determined as the key to overcoming health poverty and poverty in general.

Key words: public policies, health poverty, inequality

¹ Д-р Ралица Велева е гл. асистент към катедра „Публична администрация“, УНСС. През 2015 година е защитила успешно дисертационен труд в областта на публичните политики и има над 25 изследвания и публикации в сферата на публичните политики, местното самоуправление и благосъстоянието. Научните ѝ интереси са свързани с публична власт и политики, икономика на благосъстоянието, социално развитие на регионите, управление на социалния риск, местно самоуправление и управление на публичния сектор.

² Dr. Ralitsa Veleva is a chief assistant professor at the Department of Public Administration, UNWE. In 2015 she successfully defended her dissertation in the field of public policy and has more than 25 studies and publications in the field of public policy, local government and welfare. Her interests in researching are: public authorities and policies, the welfare economy, social development of regions, social risk management, local government and public sector governance.

„Бедността упражнява своето разрушително влияние на всеки етап от човешкия живот от момента на зачеването до гроба. Тя може да бъде сравнена с най-смъртоносните и болезнени болести, тъй като осигурява окаяно съществуване на всички, които страдат от нея.“

Световната здравна организация, 1995, 1

ПЪТЯТ ДО „ЗДРАВНАТА БЕДНОСТ“ КАТО ПОНЯТИЕ

Малко уводни думи за това как се зароди идеята за разглеждане и изследване на понятието „здравна бедност“, което остава непознато за българската научна литература. Авторската теза е, че преодоляването на бедността е първата крачка към постигане на благосъстояние – „заветна“ цел както в личен, така и в обществен план. Следователно, за да може да бъде направена тази стъпка, би следвало първо да бъде разбрана бедността като явление, измерения и аспекти, т.е. нейната същност. В търсене на многомерната бедност и нейните характеристики се откроява една крайно недостатъчна за аргументация на настоящата разработка връзка: бедност и (лошо) здраве. Един от най-често наблюдаваните показатели не само от здравна гл.т., но и от демографска, социална и др. е продължителността на живот. Извеждайки двата показателя – продължителност на живот и риск от бедност, се наблюдава връзка, която и без помощта на статистическия апарат може да бъде изведена като силна. И все пак, не само авторовото „лутане“ в емпиричните данни дава основание за тази разработка, но и актуалността на разглежданата проблематика.

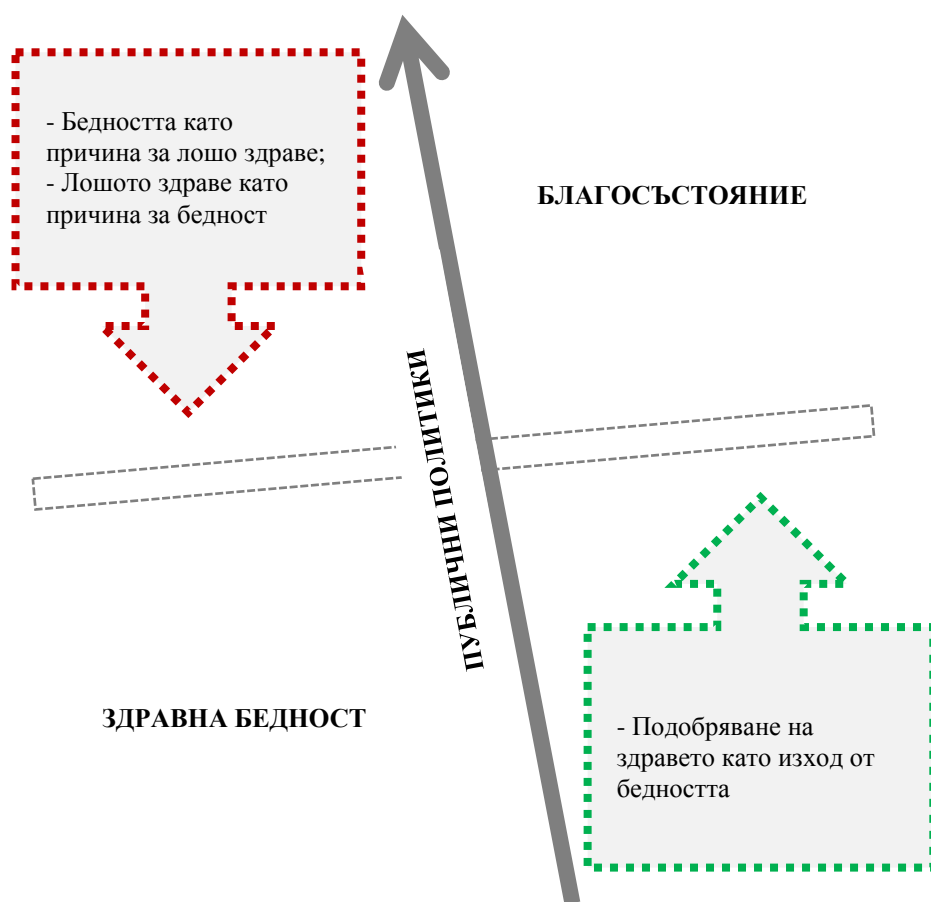
Във века на огромния технологичен напредък се оказва, че икономическият ръст, техническият прогрес, технологичните иновации, дигиталното управление, управлението чрез публични политики, гражданското общество, развитата фармация и т.н. не могат да разрешат проблемите със здравето и бедността. Данните сочат, че въпреки усилията на всички международни институции, вложените средства в мащабни програми, техническа и хуманитарна помощ, все още 1,8 милиарда души от населението на земята живеят в крайна бедност. Към 2020 година делът на лицата в България, които са в риск от бедност (преди социалните трансфери) е близо 42%. Същевременно държавата ни е на първо място измежду всички членки на Европейския съюз (ЕС) по неравенство в разпределението на доходите (повече от 43% преди социалните трансфери), с най-ниска продължителност на живот (73,6 г.) и още редица социални и здравни показатели, които обуславят необходимостта от преосмисляне на социалната политика в България. Не е за подценяване факта, че бедността бива определена като болест в Международна класификация на болестите (ICD-10-CM). В списъка на болести, тя намира място под кода Z59.6, а Z-кодовете предоставят описания за случаите, когато симптомите, които пациентът показва не сочат към конкретно заболяване, но все пак изискват лечение. Така например, европейската статистика наблюдава, че лицата, които са изписвани от болница с диагноза, която е с код Z в България през 2019 година са 5,973 на 100 000 жители (по данни на Евростат, 2022). Тези данни поставят страната ни на първо място измежду останалите членки на ЕС по заболяванията от тази група.

Всичко това провокира и авторовият интерес за откриване на теоретично обоснована взаимовръзка между двете променливи. Пътят на настоящата разработка започна „отзад-напред“. Първо бяха открити емпирични данни в подкрепа на идеята, които посредством статистическия инструментариум откриха силните връзки между здравни индикатори и показатели за бедност, а чак след това беше установено мястото на понятието „здравна бедност“ в световната научна литература и изведено, за да бъде представено в българската литература. Следователно, целта на настоящата разработка е да „осветли“ понятието „здравна бедност“.

„ДИСЕКЦИЯ“ НА ЗАГЛАВИЕТО

Преди да се предложат сложни модели и формули за измерване на „здравната бедност“, които да бъдат транспонирани в публичните политики – се налага да се очертаят аспектите и да се изведат характеристиките на „здравната бедност“. С цел облекчаване на читателя при асимилирането на тематиката на *фигура 1* се представя „дисекция“ на заглавието, която няма претенция да бъде напълно изчерпателна на този начален етап от разработката, а по-скоро да очертае периметъра на проблема, който в процеса на изследване да бъде подкрепен с научни факти и емпирични данни.

Фигура 1. „Дисекция“ на заглавието: Здравната бедност като предмет на публичните политики



Източник: авторова интерпретация

Всъщност, макар и в заглавието „здравната бедност“ да е представена като предмет на публичните политики, тя се явява обект на настоящето изследване. Съвсем логично би възникнал въпросът как може една бедност да бъде здрава, предвид че в значението на двете думи се влага различен смисъл и те често се използват като антоними. Така започва и търсенето на дефиниции в теоретични и концептуални възгледи, които да бъдат систематизирани и представени. За целта обектът на настоящата разработка трябва да бъде прецизиран – (здравна) **бедност**. *Бедността е комплексен проблем с много измерения. Те засягат не само доходите и материалното състояние на хората, но и възможностите им активно да участват в обществото. Аспектите на бедността са свързани със средствата, потреблението, достъпът до различни услуги – заетост, здравни, образователни и социални услуги, качеството на жилищната среда, субективното усещане за благосъстояние и здраве и др* (НСНБНСВ 2030, 2020:7). Признакът (на бедността) в изследването е **здравна**. *Основна функция на държавата е опазването и възстановяването на здравето на всеки индивид. Доброто здраве на населението носи ползи на различни равнища. То е предпоставка за икономическо и социално развитие и е от жизнено важно значение за всеки човек, семейство и общност. Равният достъп до обучение, достоен труд, жилище и доходи са в помощ на здравето* (Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и окончателна оценка за изпълнението на Националната здравна стратегия 2020, 2021:4). **Публичните политики** са мястото, на което намират пресечна точка бедността и здравето. *Сред ключовите аспекти на политиките за борба с бедността е гарантирането на основни права и зачитането на човешкото достойнство.* (НСНБНСВ 2030, 2020) Едно от гарантираните човешки права е именно правото на здраве. (Principles and Guidelines for a Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies, 2006)

РАЗМИСЛИ В ПОСОКА „ЗДРАВНА БЕДНОСТ“

В стремежа да бъде изяснявана „здравната бедност“ фокусът се поставя върху „здравна“ и „бедност“. Изхождайки от позицията, че бедността е многомерно явление, то е напълно логично да бъде разгледана и през призмата на здравето. В зависимост от перспективата, от която се гледа на двете понятия те биха могли да бъдат представени в две противоположни позиции. Следователно, възниква въпросът: дали недоброто здраве е причина за бедност или бедността е предпоставка за лошо здраве? Всъщност, бедността може да бъде както причина за лошо здраве, така и резултат от нарушаването на правото на здраве на индивидите. Изключително противоречива тематика, за която еднозначен отговор в научната литература не може да бъде намерен. Правейки паралел с икономически и социални теоретични и концептуални възгледи се търси логиката на връзката „здраве - бедност“. Така например, в теорията за формирането и поддържането на човешкия капитал като ключов фактор се възприема доброто здраве на индивидите, редом до тяхното добро образование и квалификация. Концепцията за човешкото развитие се фокусира върху идеята, че за да бъде разгърнат човешкият потенциал е необходимо да бъдат наблюдавани три аспекта, един, от

които е комбинация от продължителността на живота и здравословния начин на живот (Пенкова, Горчилова, 2013). В случай, че направим ретроспективен анализ на възгледите за бедността – ще установим, че класическите икономически традиции сочат, че хората са отговорни за бедността, докато в неокласическата икономика се твърди, че бедността е извън контрола на индивидите. Въпреки това и двете школи подчертават паричните аспекти, акцентирайки върху макроикономическите сили и ролята на правителството за осигуряване на икономическа стабилизация и обществени блага. Неокласическите теории се фокусират върху: липса на социални и частни активи, пазарни неуспехи, които изключват бедните от обществото и причиняват определени рационални неблагоприятни избори, бариери пред образование и заетост, имигрантски статус, лошо здраве и др. Всички тези аргументи са в подкрепа на популярната мисъл, че „здравето е богатство“.

Поглеждайки на проблема под този ъгъл, би следвало да изведем хипотезата, че здравето е предпоставка за благосъстояние. Следователно, не е без значение да бъде изяснен смисълът, който се влага в думата „благосъстояние“ в конкретния случай. По дефиниция благосъстоянието отразява нивото на социално-икономическото, физическото, психическото и духовното състояние на индивида или общността (Йотова, Пенкова, 2008). Научната мисъл го определя като позитивна качествена характеристика на живота на хората и се свързва с доброто здраве и щастие. От икономическа гл.т. се разглежда като способност на държавата и по-конкретно икономиката да генерира общо благо за индивидите. За целите на настоящата разработка благосъстоянието се възприема като комбинация от представените определения, т.е. извежда се необходимостта от държавна интервенция за постигането на физическо и психическо здраве и щастие на нацията. Това е причината в темата на настоящата разработка да се изведат именно публичните политики, които да бъдат натоварени с нелеката задача да обхванат както мерки, така и инструменти за смекчаване на здравната бедност.

В една съвременна идея (The Types and Characteristics of Poverty, 2021) за разбирането на бедността е предложен пример, който позволява тя да бъде интерпретирана чрез асоциативно мислене, сравнявайки бедността с колелото на велосипеда. В настоящето изследване тази идея е адаптирана и намира място като математическа задача: Как биха се нарекли спиците (човешките потребности и различните характеристики на бедността) и какви измерения биха имали те, ако колелото на велосипеда е бедността, а точка А е центъра на колелото (главината) и е неравенството?

Отговорът се крие в теоретичната обосновка за многомерната бедност, която обхваща различните лишения, изпитвани от бедните хора в ежедневието им живот, като лошо здраве, липса на образование, нисък стандарт на живот, липса на власт, лошо качество на работа, заплахата от насилие и др. (Policy – A Multidimensional Approach. What is multidimensional poverty?, 2021). Съответно, всяка от изведените черти (спици) на бедността намира своята научна аргументация. За по-лесната интерпретация е представена класификация на аспектите на бедност, която е възприета от Световната банка при разширяването на дефиницията за „беден“ (Poverty and Shared Prosperity 2018: Piecing Together the Poverty Puzzle, 2018). Извън популярната икономическа трактовка за неравенството в разпределението на дохода, са

включени образованието, здравето, достъпа до социални услуги, уязвимостта, социалното изключване и достъп до социален капитал. Все пак, нека решението на задачата да започне от т. А, а именно неравенството, но от гл.т. на здравните неравенства. По дефиниция те могат да се определят като: несправедливи разлики в здравните резултати, които се наблюдават между обществата като цяло, между социалните групи в едно общество или като вектор, показващ посоката на изменение сред населението, класирано по определени социални критерии (McCartney, Popham, McMaster and Cumbers, 2019), здравните неравенства са последователни (систематични) различия в здравния статус на групи от обществото. Тези неравенства носят значителни социални и икономически разходи както за отделните индивиди, така и за цялото общество (WHO, 2018). Следователно, колкото по-висок е социално-икономическият статус на лицата, толкова по-здравословен се очаква да бъде техния живот, и обратното. В европейската практика най-често доходът и/ или образователното равнище определят социално-икономическия статус. Статусът е предпоставка за формиране на различни групи в обществото. Дисбалансите между отделните индивиди водят до здравни неравенства, които могат да бъдат определени като различия в здравния статус или в разпределението на здравните детерминанти. Например, разликите в мобилността на възрастни хора от населението и лицата до 65 годишна възраст или разликите в равнищата на смъртност между хората от различни социални класи. (Glossary of terms used for NIA, 2010) Изследването на спецификите на здравните неравенства е от ключово значение, тъй като някои се дължат на биологични вариации или свободен избор, а други на заобикалящата среда и условия главно извън контрола на засегнатите лица, например недостатъчната осигуреност на здравната система с медицински специалисти, които да оказват необходимата здравна помощ, породена от миграционните процеси (Иванова, 2019). В първия случай, може да се окаже непосилно да се промени здравното равнище, следователно, здравните неравенства биха били неизбежни. Във втория, неравномерното разпределение може да бъде предотвратимо.

Продължавайки с поставената задача и следвайки логиката, от частното към общото, при решаването на така поставената задача е разумно от т. А (неравенството) да се спуснем към края на окръжността (бедността) и да разсъждаваме върху въпросите, свързани със „здраве“ и „бедност“. Бедността силно ограничава шансовете за здравословен начин на живот, като все още в някои от Европейските страни, в т.ч. и в България се възприема като основна причина за лошо здраве (като цяло) и за социални неравенства в здравето (в частност). (Dahlgren, Whitehead, 2007). Въпреки, че както вече беше представено – практиката показва, че и обратната връзка е възможна, лошото здраве може да бъде основна причина за обедняване, тъй като частните разходи за здравеопазване драстично се увеличават и по този начин в индивидуален план се натовазва семейния бюджет, което може да е причина за изтласкването на отделни лица и цели семейства към бедност. Същевременно, разглеждайки здравето като предпоставка за по-добра реализация, би могло да се твърди, че повишаването на здравния статус на индивидите им дава свобода за иницирането на образователни, обучителни и професионални цикли. Съответно, тези три различни сценарии за връзката

между „здравето“ и „бедността“ (Dahlgren, Whitehead, 2007) – бедността като причина за лошо здраве, лошото здраве като предпоставка за бедност и подобреното здраве като изход от бедността – са предмет на настоящата разработка, за да могат да бъдат предложени възможности за интервенция от страна на публичните политики чрез интегриране на инструменти за здравна справедливост в цялостната стратегия за намаляване на бедността.

СЦЕНАРИИ НА ЗДРАВНАТА БЕДНОСТ

Първи сценарий: Бедността като причина за лошо здраве.

В исторически план и глобален мащаб бедността се изтъква като пряка и косвена причина за лошото здраве и социалните неравенства. Бедните хора не могат да си позволят да водят здравословен начин на живот и могат да бъдат принудени да приемат нездравословна работа, която да не отговаря на нормативно регламентирания условия за полагане на безопасен труд. Това отрицателно въздействие на бедността върху здравето нараства с увеличаване на пазарно ориентираните политики за основните дейности, като здравеопазване, образование, жилища, комунални услуги, тъй като лицата и семействата, които са бедни не могат да си позволят да заплатят повишените пазарни цени за тези услуги. Следователно, може да се изведе ролята на съвместно действащите негативни ефекти като предпоставка за по-силното въздействие на бедността върху здравето, тъй като задълбочаването на бедността е свързана с увеличаване на уязвимостта на рисковите групи от обществото. Високите равнища на стрес, лоши жилища, безработица, ограничен достъп до основни здравни услуги и нездравословен начин на живот, когато се проявяват в комбинация засилват влиянието си върху уязвимите групи. Въздействието на бедността върху здравето би могло да бъде количествено измерено, ако се направи оценка на относителния дял на лицата, които могат да бъдат спасени в случай на смекчаване на бедността като явление. „Бедността е най-големият убиец в света. Бедността е най-голямата причина за лошо здраве и страдание по целия свят“ (WHO, 1995:1). Тези обстоятелства често имат пряко отношение към повишаване на заболяемостта на индивидите. Бедността като болест е отчетена и от вече актуалната (от януари 2022 година) Международна класификация на болестите (ICD-11), но нейният код е променен от Z59.6 в QD50. Според някои автори (Dahlgren, Whitehead, 2007:47) вместо да се говори открито за бедността, нейните измерения и проявления, се наблюдава тенденция да се прикриват връзките между бедността и лошото здраве, като се използва подвеждащо терминологията. *От десетилетия научната литература дава примери, свързани с последиците от бедността, изтъквайки ги като основна причина за летален край на немалка част от индивидите. Един от тези примери е свързан с феноменът на свръхсмъртни случаи през зимата в Европа. Още в ранните години на XXI век е направено такова проучване (Healy, 2003), което обхваща 14 държави от Европа. Резултатите сочат изненадващата тенденция, че не най-студените държави са най-силно засегнати от свръхсмъртността през зимата, а обратното Южна Европа и Обединеното кралство са с най-негативни резултати, докато Скандинавските страни остават много слабозасегнати от проблема. В проучването се обръща специално внимание на очакването в държавите от Източна*

Европа, в т.ч. и България проблемът да е още по-сериозен, предвид по-високите нива на бедност в съчетание с по-ниските температури през зимата.

Втори сценарий: Лошото здраве като причина за бедност.

Лошото здраве, макар и често да бъде подценявано като предпоставка за бедност, то се явява основна причина в част от европейските държави с ниски доходи (Whitehead, Dahlgren & Evans, 2001). Предвид, че няма никакви или са частични компенсациите на личните средства, загубени поради заболяване, неблагоприятната икономическа и социална позиция на лицата, които живеят в бедност се засилва в голяма степен. Така изведената зависимост може да бъде подкрепена с актуални емпирични данни по отношение на частните разходи за здраве в България. По дефиниция плащанията от страна на потребителите на здравни услуги могат да бъдат обобщени в две групи – пряко и непряко споделяни разходи. Прякото споделяне на разходите включва: фиксирано доплащане, пропорционално доплащане, първоначално плащане за услугата и балансиращо доплащане. Докато непрякото споделяне на разходите се състои от всички плащания за услуги, които не са включени в „пакета“, който държавата осигурява. (МФ, 2005) Така например, частните разходи за здравеопазване като % от БВП в България значително надвишават (около два пъти и половина) средните стойности за ЕС-27 за периода от 2015 до 2019 г. вкл. българите държим първенството в ЕС по най-висок относителен дял (37,8% за 2019 г.) на личните средства, които отделяме за здравеопазване. В Здравен профил на страната 2021 е констатирана тази негативна тенденция: „липсата на финансова защита и високите здравни разходи на домакинствата създават риск от обедняване или от задълбочаване на бедността на домакинствата с най-ниски доходи“ (Здравен профил на страната 2021, 2022:17). Тук, обаче е важно да се отбележи ролята на държавата, като „спасителен пояс“ за част от гражданите, които изпадат в подобна ситуация. Публичните разходи за здравеопазване са средството, чрез което се смекчават тези негативни обстоятелства. Въпреки че през последните повече от 20 години управлението и финансирането на здравната система в България претърпяват редица промени, чиято крайна цел е повишаване устойчивостта на публичните финанси и оптимизация на публичния сектор, чрез прилагане на стратегически методи на планиране и програмиране, търсене на по-висока добавена стойност за гражданите при предоставяне на публични услуги, все още страната ни е далеч от добрите европейски практики. Публичните разходи за здравеопазване като % от БВП в България са със значително по-ниски стойности, отколкото средните за ЕС. За периода от 2015 до 2019 година размерът на разходите, които прави държавата се движат около 7% от БВП. За сравнение, средните стойности на публични разходи за здравеопазване в ЕС-27 са около 10% за разглеждания период. Следователно, финансовите средства, които България отделя са значително по-малко. В контекста на българската практика е важно да се очертае съществуването на една група от хора, която трудно може да се възползва от помощта, която държавата предоставя, а именно лицата, които нямат здравни осигуровки. Към декември 2020 година по чл. 40, ал. 5 на Закона за обществено осигуряване – броят на

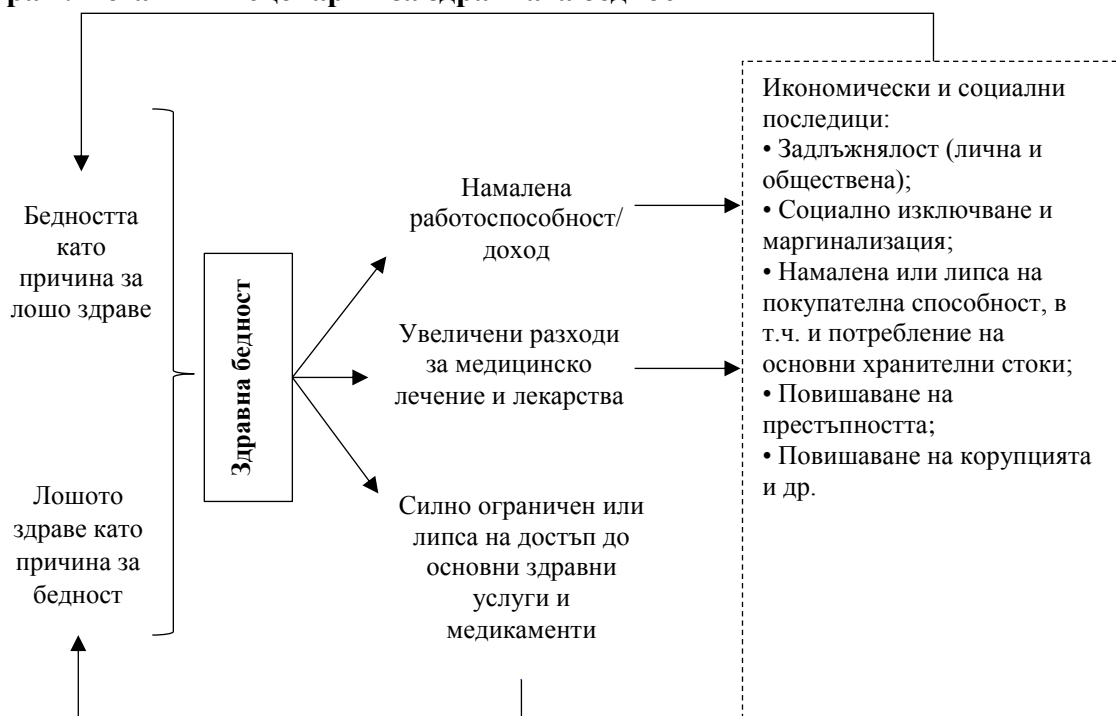
лицата без здравни осигуровки е 849 600 (МФ, 2021). Тук, остава водещо въздействието на икономическия фактор върху системата за социална сигурност и защита (Вълков, 2021).

Както е видно от анализа, публичните разходи за здравеопазване са от изключително значение за изкореняване на здравната бедност. На ниво Европейски съюз се предлага интервенция чрез публични политики за прекъсване на връзката между лошо здраве и бедност (WHO, 2019 г.; WHO, 2020a). Статистиката дава възможност на държавите да предугаждат нуждите на населението по отношение на медикаменти и медицинска помощ, посредством наблюдение на здравните детерминанти. Това са фактори, които са тясно свързани помежду си и влияят на здравния статус, определяйки здравните различия. Те биват (Glossary of terms used for HIA, 2010):

- естествени (биологични, генетични) фактори като: пол, възраст и етническа принадлежност;
- начин на живот – тютюнопушене, консумация на алкохол, здравословен режим и др.;
- физическа и социална среда – качество на жилищата, работното място и по-широката градска и селска среда, достъп до здравни грижи.

Когато се проследява връзката между „здраве“ и „бедност“ трябва да бъде обусловена ролята на социалните детерминанти на здравето. Това са условията, при които хората се раждат, растат, работят, живеят и остаряват. Тези обстоятелства се оформят от по-широк спектър от фактори: икономически условия, политическа власт, публични политики, екологични особености и др. Следователно, социалните детерминанти за здравето са предпоставка за двата сценария, които са разгледани като негативен и позитивен, в зависимост от това какво е влиянието на всички фактори върху тях. На фигура 2 е представена логиката на двата сценария:

Фигура 2. Негативни сценарии за здравната бедност



Източник: авторова интерпретация

На фигурата са представени негативните очаквания въз основа на всичко, което беше представено по-горе. Ясно се откроява логиката, че и в двата случая, тръгвайки от здравната бедност, най-вероятно е индивидите да се върнат обратно към нея вследствие на натиска, който оказват факторите, свързани с нея. Наблюдават се следните връзки:

- Бедността като причина за здравната бедност се свързва с намаляване на работоспособността на индивидите (намаляване на доходите им от труд) и е предпоставка за увеличаване на частните разходи за здравеопазване. Тези негативни финансови аспекти водят до различни икономически и социални последици, като: задлъжнялост (лична и обществена), социално изключване и маргинализация, намалена или липса на покупателна способност, в т.ч. и потребление на основни хранителни стоки и др.
- Лошото здраве като причина за бедност се свързва с вече представените връзки по отношение на финансовите аспекти, но тук е важно да се обърне специално внимание на обратната връзка, която се наблюдава при силно ограничен или липса на достъп до основни здравни услуги и медикаменти, когато индивидите попаднали в порочния кръг се връщат обратно към лошото здраве като причина за бедност.

Не винаги, обаче изходът е негативен и затова е важно да бъде представен един трети сценарий, при който постигането на по-добро здраве е възможно решение за изкореняване на бедността и излизане от негативните сценарии.

Трети сценарий: Подобряване на здравето като изход от бедността.

По-голямото бреме на болестта, изпитвано от хората, живеещи в бедност, представлява основна бариера за тях, което затруднява улавянето на ползите дори от икономически реформи (Dahlgren, Whitehead, 2007). Следователно, повече от необходимо е публичните политики да са с акцент върху подобряване на здравето сред бедните домакинства, тъй като това е от решаващо значение за прекъсване на порочния кръг, който свързва бедността и лошото здраве. Модерното публично управление, което изисква рационален баланс на публичните политики и конкретните решения, би могло да противодейства на провалите на държавата, пазара и гражданското общество по отношение на разглежданата проблематика. (Вълков, Горчилова, Пенкова & Делчева, 2018) От макроикономическа гл.т. този порочен кръг може да бъде наречен „капан на бедността“. За излизането от този капан е необходимо подобряването на здравето на лицата и семействата. Това би увеличило шансовете на бедните да се справят сами със състоянието, в което са изпаднали и макар да няма моментален положителен резултат, подобни действия са предпоставка за бъдещи ефекти.

Положителните връзки между подобреното здраве на лицата и семействата с ниски доходи и намаляването на бедността, засилва ролята на публичните разходи за здравеопазване, които обаче да са с фокус към по-уязвимите групи от обществото, а именно тези, които живеят на или под линията на бедност. В България относителният дял на лицата, които са под линията на бедност е изключително висок. За 2019 година 29,9% (преди социалните трансфери с

включени пенсии) от българското население е наблюдавано от статистиката като бедно. Социалните трансфери успяват да стопят едва 6,1 п.п., като след социалните трансфери лицата, които статистиката наблюдава като бедни са 23,8%, но това не означава, че те са извън опасност, а по-скоро че са на линията на бедност, а не под нея. В този ред на мисли и в контекста на вече изложените идеи за здравната бедност възниква въпросът: Може ли да бъде измерена здравната бедност и ако да, то как?

КАК ДА МЕРИМ ЗДРАВНАТА БЕДНОСТ?

В научната литература и практика, посветена на темата (Rohwerder, 2016; Ravallion, 2011; Weziak-Bialowolska, 2016; Mitchell, 2015 и др.) има различни отговори на този въпрос. Разработките, които се фокусират върху многомерната бедност (Ravallion, 2011; Weziak-Bialowolska, 2016) извеждат необходимостта от надежден набор от множество индекси, а не на един, който да е комплексен и многомерен. За измерване на здравната бедност предлагат комбинацията от здравни показатели (общо здраве, лица, които страдат от хронични заболявания и лица, които са ограничени поради здравословно състояние) и индикаторите за бедност. Други автори изтъкват самооценките на индивидите за здравния им статус като надежден инструмент за измерване на здравната бедност в обществото. В научната литература се срещат изследвания, които се основават на данни, базирани на петстепенна скала за самооценено здраве с категории „много лошо“, „лошо“, „средно“, „добро“ и „много добро“ (ИПИ, 2021), като процентът на здравна бедност обикновено се определя като дял от населението с лошо или добро здраве. Други, възприемат вече установени индекси (Foster, Greer, Thorbecke, 1984), които обаче са предназначени за кардинално измерими и междуличностно сравними променливи като доходите и те не могат да бъдат адаптирани към данни, като самооценен здравен статус. За да се преодолее тази трудност (Bennett, Natzimasoura, 2011) се предлагат измерения за бедност, подобни на вече изведените, но с възможност да бъдат съпоставяни помежду си и по този начин да се идентифицират подгрупите, които са по-засегнати от здравната бедност с цел разработване на политики, които могат да бъдат най-ефективни за намаляване на общата здравна бедност. Има автори, които считат за надеждна оценката на здравните детерминанти, т.е. лица с наднормено тегло, хронично боледуващи, сърдечно-съдови заболявания и т.н. в комбинация с неравенства в разпределението на доходите, например (Clarke, Erreygers, 2020).

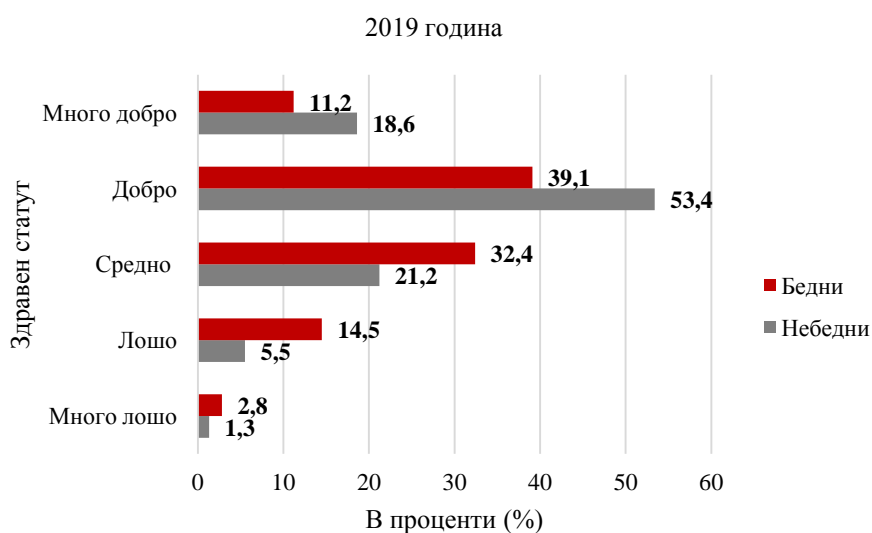
От изведените идеи за определяне и измерване на здравната бедност е видно, че няма възприет единен подход, който да я оцени еднозначно. В съвременната научна литература се открояват изследванията на вече споменатите автори, които работят за изясняване и дефиниране на понятието, предлагайки различни подходи за неговото измерване.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ОПИТ ЗА ПОРТРЕТ НА ЗДРАВНА БЕДНОСТ У НАС

Бедността е едно от най-трудните изпитания пред българското общество. „Печалната“ европейска статистика, която традиционно отрежда „челно“ място на страна ни измежду останалите държави в Европейския съюз по наблюдаваните индикатори за бедност (2 231 500

от българите са в риск от бедност и социално изключване), но освен това и поради нарасналата значимост на проблема в последните години и по-специално увеличаването на процента на бедните хора в резултат на пандемична обстановка. На фигурата по-долу са представени емпиричните зависимости между здравен статус и бедност на индивидите, като тя доказва в пълна степен, описаните в настоящата разработка теоретични постановки. Безспорна е двупосочната връзка между здраве и бедност. „Картината“ дава основание да се потвърдят сценариите, които са представени в изследването.

Фигура 3. Здравен статус сред населението на 16 и повече години според състояние на бедност в България за 2019 година



Източник: по данни на ИПИ, 2021

Видно е, че лицата, които статистиката причислява към групата на бедните в България, са изложени на много по-големи рискове от гл.т. на здравен статус. Сред групата на бедните делът на лицата в много лошо здраве е два пъти по-голям, а бедните лица в лошо здраве надвишават близо три пъти небедните. Със средно здравословно състояние се самоопределят 32,4% от бедните, като с добро и много добро здраве са по-малко от 40% от цялата група (ИПИ, 2021). Разликите в здравното състояние се отразяват пряко върху възможностите за пълноценен живот и професионалната реализация на индивидите. Както вече беше представено в логиката на първи и втори сценарий – здравната бедност е отговорна за разликите между групите на бедните и небедните лица, тъй като тя много често се превръща в порочен кръг, от който индивидите трудно намират изход.

От съществено значение е третият сценарий, според който подобряването на здравето е изход от бедността, а оттам и стъпка в посока към благосъстоянието. В този смисъл, ролята на успешната публична политика за намаляване на бедността е решителна за преодоляване на здравната бедност. Не бива да се negliжира държавната интервенция за намаляване на здравното измерение на бедността, тъй като един евентуален пропуск би довел до много по-малко положителни резултати. Доброто здраве е от ключово значение за намаляване на

бедността изобщо. Следователно, те трябва да бъдат акцент както в политиките за социално развитие, така и в тези за икономическо. И все пак, към настоящия момент както новата Национална здравна стратегия 2021—2030 г., така и Националната стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2030 г. съдържат мерки за повишаване на качеството и достъпността на здравните услуги и на лекарствата, но през 2021 г. изпълнението и на двете е в застой (Здравен профил на страната 2021, 2022:15).

В настоящата разработка остават непокрити някои взаимовръзки на здравната бедност, като например как е отразена тя в публичните политики на национално равнище, какви реални мерки България предприема за справяне с негативните последици от здравната бедност, здравните детерминанти в каква степен корелират с показателите за бедност, доколко заетите в системата на здравеопазване имат отношение към здравната бедност в страната и други. Всичко това предстои да бъдат обект на следващи авторови изследвания.

БИБЛИОГРАФИЯ

Вълков, А., Д. Горчилова, Е. Пенкова, Е. Делчева. 2018. Променящи се баланси в полето на публичните политики. Накъде сме тръгнали? Юбилеен сборник в чест на проф. Тодор Танев, УИ „Св. Кл. Охридски“, ISBN 978-954-07-4533-6 [Valkov, A., D. Gorchilova, E. Penkova, E. Delcheva. 2018. Promenyashti se balansi v poletoto na publichnite politiki. Nakade sme tragnali? Yubileen sbornik v chest na prof. Todor Tanev, UI „Sv. Kl. Ohridski“, ISBN 978-954-07-4533-6]

Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и окончателна оценка за изпълнението на Националната здравна стратегия 2020. 2021. София: Министерство на здравеопазването [Godishen doklad za sastoyaniето na zdraveto na grazhdanite i okonchatelna otsenka za izpalneniето na Natsionalnata zdravna strategia 2020. 2021. Sofia: Ministerstvo na zdrapeopazvaneto]

Здравен профил на България 2021: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/df3f45dd-bg.pdf?expires=1644857816&id=id&accname=guest&checksum=026A2FB5A0762523031B52F756EA96D7,02.03.2022> [Zdraven profil na Bulgaria 2021]

Иванова, З. 2019. Мобилност на медицинските специалисти – предизвикателство за българската здравна система, Здравна икономика и мениджмънт, година 19/ брой 3, Варна: ИК „Стено“ (<http://journals.mu-varna.bg/index.php/hem/article/view/6601>) [Ivanova, Z. 2019. Mobilnost na meditsinskite spetsialisti – predizvikelstvo za balgarskata zdravna sistema, Zdravna i konomika i menidzhmant, godina 19/ broy 3, Varna: IK „Steno“]

ИПИ, Преглед и анализ на неравенството във възможностите в България, Институт за пазарна икономика, 2021: https://ime.bg/var/images/IME_Inequality_of_Opportunity_211221.pdf, последно достъпен на 12.03.2022 [IPI, Pregled i analiz na neravenstvoto vav vazmozhnostite v Bulgaria, Institut za pazarna i konomika, 2021]

Йотова, Л, Е. Пенкова. 2008. Икономика на благосъстоянието, София: ИК Стопанство [Yotova, L, E. Penkova. 2008. Ikonomika na blagosostoyaniето, Sofia: IK Stopanstvo]

МФ, 2021: <https://www.minfin.bg/bg/wreply/11448>, последно достъпен на: 15.02.2022 [MF, 2021: <https://www.minfin.bg/bg/wreply/11448>, 15.02.2022]

МФ. 2005. Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции, София: МФ, отдел "Микроикономически анализи" [MF. 2005. Finansiranje i upravljenie na zdравеопазването. Teoretichni osnovi, modeli, problemi i tendentsii, Sofia: MF, ot del "Mikroikonomiccheski analizi"]

НСНБНСВ 2030. 2020. Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2030, приета с Решение № 976 на МС от 31.12.2020 г. (<https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1345>) [NSNBNSV 2030. 2020. Natsionalna strategia za namalyavane na bednostta i nasarchavane na sotsialnoto vklyuchvane 2030, prieta s Reshenie № 976 na MS ot 31.12.2020]

Пенкова, Е., Д. Горчилова, 2013. Социално развитие в регионите, София: ИК Стопанство [Penkova, E., D. Gorchilova, 2013. Sotsialno razvitie v regionite, Sofia: IK Stopanstvo]

Световната здравна организация, 1995. The World Health Report. Bridging the gaps. Geneva: World Health Organization [Svetovната zdravna organizatsia, 1995. The World Health Report. Bridging the gaps. Geneva: World Health Organization]

Bennett, C., C. Hatzimasoura. 2011. Poverty Measurement with Ordinal Data, Institute for International Economic Policy. IEPWP-2011-14

Clarke, P., G. Erreygers. 2020. Defining and measuring health poverty, Social Science & Medicine, Volume 244, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112633>

Dahlgren, G., M. Whitehead. 2007. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2, Copenhagen: World Health Organization

Foster, J., Greer, J., Thorbecke, E. 1984. A class of decomposable poverty measures. *Econometrica* 52(3), pp. 761–766

Glossary of terms used for Health Impact Assessment (HIA). 2010, <https://www.who.int/publications/m/item/glossary-of-terms-used-for-health-impact-assessment-hia>, последно достъпен на 03.03.2022

Healy, J. (2003). Fuel Poverty and Policy in Ireland and the European Union. *Studies in Public Policy*, 12, 2003, URI: <http://hdl.handle.net/2262/60275>, pp 1-169

Hospital discharges by diagnosis, <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, последно достъпен на 02.02.2022

McCartney, G., Popham, F. McMaster, R. and A. Cumbers. 2019. Defining health and health inequalities, *Public Health*, 172, pp. 22-30

Mitchell, P.M., T.E. Roberts, P.M. Barton, J. Coast. 2015. Assessing sufficient capability: a new approach to economic evaluation *Soc. Sci. Med.*, 139 (2015), pp. 71-79

Policy – A Multidimensional Approach. What is multidimensional poverty?, Oxford Poverty and Human Development Initiative: <https://ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index/>, последно достъпен на 15.02.2022

Poverty and Shared Prosperity 2018: Piecing Together the Poverty Puzzle, 2018, International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, doi: 10.1596/978-1-4648-1330-6

Ravallion, M. 2011. On multidimensional indices of poverty. *J Econ Inequal* 9, pp. 235–248, <https://doi.org/10.1007/s10888-011-9173-4>

Rohwerder, B. 2016. Poverty and Inequality: Topic Guide, GSDRC, Birmingham: University of Birmingham

- The Types and Characteristics of Poverty, Compassion International, <https://www.compassion.com/poverty/types-of-poverty.htm>, последно достъпен на 18.02.2022
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Principles and Guidelines for a Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies, 2006, HR/PUB/06/12, <https://www.refworld.org/docid/46ceaf92.htm>, последно достъпен на 05.03.2022
- Valkov, V. 2021. IMPACT OF THE ECONOMIC FACTOR ON THE SOCIAL SECURITY SYSTEM. KNOWLEDGE - International Journal, 47(1), 213–218. Retrieved from <https://ikm.mk/ojs/index.php/kij/article/view/4667>
- Weziak-Bialowolska, D. 2016. Spatial variation in EU poverty with respect to health, education and living standards, Soc. Indic. Res., 125 (2016), pp. 451-479
- WHO Regional Office for Europe. 2019. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>)
- WHO. 2018. Health inequities and their causes, World Health Organization, <https://www.who.int/>, последно достъпен на 02.03.2022
- WHO, World health report 1995. 1995. Bridging the gaps. Geneva, World Health Organization <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41863>, последно достъпен на 13.02.2022
- WHO. World Health Organization. Regional Office for Europe (2020a). Financial protection and the Sustainable Development Goals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2020/fact-sheet-on-the-sdgsfinancial-protection-and-the-sustainable-development-goals-2020>, последно достъпен на 22.02.2022)
- World Health Organization. Regional Office for Europe. 2018. Health and Sustainable Development Goals: team meeting: 18–19 January 2018, Copenhagen, Denmark. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345911>, последно достъпен на 01.03.2022

ПОЛИТИКИ ЗА ЗАДЪРЖАНЕ И РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВАТА ПРЕД БЪЛГАРСКАТА ЗДРАВНА СИСТЕМА

Златина Шотарова¹, УНСС

Резюме

Здравеопазването е сред най-важните сфери за обществото в нашето съвремие. Постигането на добро ниво на здраве на населението е немислимо без наличието на ефективно функционираща здравна система. Недостигът на квалифицирани кадри влияе негативно не само върху здравния статус на населението, но и върху стандарта на живот и просперитета на всяка нация. В настоящата статия се разглеждат политиките за задържане и развитие на човешките ресурси в здравеопазването към началото на 2022 г., като се отчита и влиянието на пандемията, предизвикана от вируса COVID-19.

Ключови думи: здравеопазване; политики за задържане; медицински специалисти; човешки ресурси;

RETENTION POLICIES AND HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT IN HEALTHCARE – CHALLENGES FACING THE BULGARIAN HEALTHCARE SYSTEM

Zlatina Shotarova², University of national and world economy

Abstract

Healthcare is one of the most important spheres for societies nowadays. Achieving a good health status of the population is unthinkable without an effectively functioning healthcare system. The shortage of qualified medical specialists has a negative impact not only on the nations' health status, but on the standard of living and prosperity of each nation as well. This article examines policies for retention and development of healthcare personnel in 2022, taking into account the impact of the COVID-19 pandemic.

Key words: healthcare; retention policies; medical specialists; human resources;

¹ Златина Шотарова – завършва бакалавър по „Международни икономически отношения“ в Университет за национално и световно стопанство (УНСС), магистратура „Здравен мениджмънт“ в Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, втора магистратура „Европейски бизнес и финанси“ в УНСС и Nottingham Trent University, Великобритания. Придобива докторска степен в професионално направление „Администрация и управление“ в УНСС. Асистент към катедра „Публична администрация“ в УНСС и към Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, zlatina.shotarova@unwe.bg.

² Zlatina Shotarova, PhD – graduates with a bachelor's degree in “International economic relations” in University of national and world economy (UNWE), master's degree in “Healthcare management” from the Medical University “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov” – Varna and second master's degree “European business and finance” at UNWE and Nottingham Trent University, UK. Acquired a doctorate in the professional field “Administration and Management” in UNWE. Assistant at the Department of Public administration at UNWE and at the Medical University “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov” – Varna, zlatina.shotarova@unwe.bg.

ВЪВЕДЕНИЕ

Световната здравна организация (СЗО) дефинира здравето като “състояние на пълно физическо, умствено и социално благоденствие, а не непременно отсъствие на заболяване или слабост.” (СЗО, 1948). Доброто здраве на населението е ключова предпоставка за устойчиво развитие на държавите, постигане на икономически растеж, ограничаване на бедността и др. Правото на здраве на всеки човек е признато в множество международни, национални и регионални документи, започвайки от Всеобщата декларация за човешките права (чл. 25) и включвайки Международното споразумение по социално-икономическите права (чл. 12), Конвенцията за правата на детето (чл. 6, 24), Конвенцията за изкореняване на всички видове дискриминация срещу жените (чл. 10, 11, 12, 14), Европейската социална харта и др. Ключов фактор за всяка здравна система е добрата осигуреност с медицински специалисти, постигната чрез целенасочени политики за развитие и задържане. Недостигът им е проблем с глобални измерения и обикновено води до влошаване качеството на предлаганите здравни услуги на населението, ограничаване достъпа до здравеопазване и влошаване на основни здравни показатели. Наблюдаваните тенденции в осигуреността с квалифицирани специалисти в последните десетилетия, в това число и у нас, са доста обезпокоителни. Включително страни като Съединените американски щати (САЩ), Великобритания и Германия изпитват затруднения да осигурят необходимите за здравните си системи квалифицирани здравни кадри и разчитат на чуждестранни специалисти. По данни на СЗО към 2013 г. недостигът на медицински специалисти в световен мащаб възлиза на 7.2 милиона и се прогнозира дефицитът към 2035 г. да е 12.9 милиона (СЗО, 2013). През 2016 г. в Глобалната стратегия на човешките ресурси в здравеопазването се извежда още по-притеснителна прогноза – очаква се дефицитът на медицински специалисти да достигне 18 милиона още през 2030 г. (СЗО, 2016). Оценката за функционирането на здравната система включва основни показатели като достъп, наличност, качество, непрекъснатост на грижите, уместност и др. (Рохова, Коева, Атанасова, Димова, Костадинова, 2020), съответно липсата на достатъчно квалифицирани медицински специалисти на регионално и национално ниво би довела до влошаване на представените индикатори и на здравното състояние на гражданите.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Предоставянето на качествени и достъпни здравни услуги на населението е отговорност основно на държавата. Тя е тази, която трябва да предприеме адекватни мерки и да осигури необходимия медицински персонал на територията на цялата страна, за да може да се отговори на потребностите на гражданите от здравни услуги. Кризата с недостига на медицински специалисти се засилва и след приемането на *Директива 2005/36/ЕО* за признаването на професионални квалификации, което значително улеснява мобилността на специалистите и те могат свободно да изберат страна, в която да практикуват в рамките на Съюза, а същевременно и да формират социален капитал (Велева, 2017). Това води до засилване на миграционните процеси породени от търсене на по-високото заплащане, по-

добри условия на труд, повече възможности за кариерно и професионално развитие и др. Съществуват редица стратегически документи и политики на национално ниво, имащи отношение към човешките ресурси в сферата на здравеопазването, които целят тяхното „задържане“ в страната. Както вече беше споменато, България, като страна-членка на ЕС, не може да „забрани“ миграцията. Целта на изведените политики и мерки е да направят българската здравна система привлекателна за специалистите и те сами да вземат решението да останат да работят в страната.

Националната здравна стратегия 2020, приета от Министерски съвет на Република България на 21.09.2013 г., представлява основният стратегически документ, който очертава пътя на развитие на здравната система в страната до 2020 г. Тя е стратегическата рамка на политиката за здравеопазване в страната, като е разработена в съответствие с ангажиментите към ЕС, включваща три основни приоритета за развитие и подобряване функционирането на здравния сектор в страната, а именно (Министерство на здравеопазването, 2015):

- **Приоритет 1:** Създаване на условия за здраве за всички през целия живот;
- **Приоритет 2:** Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качеството и резултатите;
- **Приоритет 3:** Укрепване на капацитета на общественото здравеопазване.

Към втория приоритет е поставен и акцентът за медицинските специалисти, а именно политика за развитие на човешкия капитал в сферата на здравеопазването. Недостигът на медицински специалисти в страната и неравномерното им териториално разпределение е отдавна наболял проблем, който значително влошава качеството на предоставяните здравни услуги на населението. В стратегията са изведени и основните предизвикателства, свързани с човешките ресурси в системата – засилената миграция, както външна, така и вътрешна (в рамките на страната, обикновено към по-големите градове), устойчива тенденция към намаляването на медицинските специалисти и застаряването на професионалистите в сектора и липсата на устойчива система за продължаващо обучение, която е обвързана с кариерното развитие. Както е описано и в самата стратегия „работещите в системата на здравеопазването са основният капитал, с който тя разполага“. Макар през XXI век технологиите да играят все по-ключова роля за развитието на даден сектор, включително и в сферата на здравеопазването, медицинските специалисти, техните знания, умения и опит все още са незаменими.

Към Националната здравна стратегия 2020 е изведен и оперативен план за нейното изпълнение, чиято основна цел е превръщането на изведените приоритети в конкретни действия и постигнати положителни резултати. Сред заложените мерки към политиката за развитие на човешките ресурси в здравеопазването са разработване на механизми за планиране на медицинските специалисти, разработване и въвеждане на единна информационна система за мониторинг на персонала в здравеопазването, обвързване на обучението на медицински специалисти с потребностите на нацията, въвеждане на икономически стимули за повишаване интереса към обучение и специализация в дефицитни

медицински специалности, актуализиране на учебните планове, създаване на про боно работилници (Горчилова, Тончева-Златкова, 2020), развитие на системата за продължаващо медицинско обучение в контекста на политиките за учене през целия живот (Велева, 2015) и др. Още първата мярка по политиката за развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазването: „развитие на механизми за определяне и планиране на потребностите от специалисти в здравеопазването по региони и категории в зависимост от здравно-демографските характеристики на населението“ извежда липсата на ясни и конкретни данни за осигуреността на здравната система с медицински специалисти. Без да се знае как е реалната осигуреност на здравната система с човешки ресурси, тяхното планиране категорично не би било ефективно и спрямо нужди на населението във всички региони в страната. Конкретната дейност, която се предприема със срок за изпълнение 2016-2017 г., е регламентиране на изискванията за осигуреност с медицински специалисти на отделните нива на системата на здравеопазване, основани на критерии за равен достъп на населението до различните видове медицинска помощ чрез (Министерство на здравеопазването, 2016):

- изготвени анализи за осигуреността с медицински специалисти на областно и национално ниво;
- разработена методика за определяне на потребностите от кадри;
- утвърдена Национална здравна карта (НЗК), включваща изисквания за осигуреност с кадри;

Националната здравна карта е документ, който дава информация за териториалното разпределение на медицинските специалисти, модерна високотехнологична апаратура и др. в здравната система на страната. Действащата Националната здравна карта е утвърдена с Решение № 361 от 29 май 2018 г. на МС (МЗ, 2018). Документът позволява да се направи анализ, да се даде оценка и да бъде направена приблизителна прогноза на здравната система относно осигуреността с медицински специалисти. Тя отчита потребностите на населението от здравна помощ по видове и по показатели като: заболяемост, смъртност, раждаемост, детска смъртност, болестност, имайки предвид демографските особености на областите. В приложението към НЗК на страната също така са отчетени (МЗ, 2018):

- вид, брой, дейности и разпределение на съществуващите лечебни заведения;
- необходим минимален брой лекари, лекари по дентална медицина и специалисти от професионално направление „здравни грижи“ в извънболничната медицинска помощ по специалности;
- брой на практикуващите лекари, лекари по дентална медицина по специалности и специалистите от професионално направление „здравни грижи“ в извънболничната медицинска помощ;
- брой на съществуващите легла за болнично лечение и осъществяваните медицински дейности по видове и разпределението им по лечебни заведения и по нива на компетентност на съответните структури;

- вид, брой и разпределение на извършваните в областта на високотехнологични методи за диагностика и лечение и наличната за тяхното прилагане високотехнологична медицинска апаратура в областта.

Регионалната осигуреност с медицински специалисти по данни от НЗК е подробно представена в Таблица 1. (МЗ, 2018).

Таблица 1. Необходим минимален брой и налични медицински специалисти по области³

Област	Лекари медицина		Дентална медицина		Лекари – общо		Здравни грижи	
	Мин. брой	Наличен брой	Мин. брой	Наличен брой	Мин. брой	Наличен брой	Мин. брой	Наличен брой
Благоевград	466	673	310	343	776	1 016	512	433
Бургас	745	766	414	379	1 159	1 145	953	718
Варна	705	1 092	473	158	1 178	1 250	784	740
В. Търново	357	559	242	218	599	777	381	355
Видин	131	232	90	56	221	288	148	113
Враца	250	409	169	53	419	462	271	255
Габрово	168	335	112	85	280	420	186	199
Добрич	290	362	179	37	469	399	312	183
Кърджали	225	212	151	38	376	250	259	163
Кюстендил	250	250	114	114	364	364	93	108
Ловеч	292	287	130	41	422	328	153	128
Монтана	199	290	135	99	334	389	210	164
Пазарджик	488	781	260	97	748	878	431	241
Перник	233	266	124	8	357	274	190	146
Плевен	432	833	193	106	625	939	520	478
Пловдив	1001	1 942	672	408	1 673	2 350	1 420	981
Разград	173	168	115	74	288	242	195	151
Русе	405	419	223	87	628	506	399	274
Силистра	201	168	112	36	313	204	219	98
Сливен	395	377	190	79	585	456	432	262
Смолян	194	226	109	48	303	274	228	122
София	350	476	234	138	584	614	142	179
София (ст.)	5995	6 018	2950	1763	8 945	7 781	3 502	3 502
Ст. Загора	553	926	321	194	874	1 120	957	422
Търговище	169	212	114	32	283	244	157	157
Хасково	509	471	233	3	742	474	533	369
Шумен	258	319	174	9	432	328	288	192
Ямбол	198	231	122	68	320	299	171	125
Общо	15 632	19 300	8 665	4771	24 297	24071	14 046	11 258

Източник: авторска, по данни от Национална здравна карта, 2018

³ Забележка: В графите “Минимален брой медицина”, “Наличен брой медицина”, “Минимален брой дентална медицина” и “Наличен брой дентална медицина” се включват лекарите в първичната извънболнична помощ, както и в специализираната извънболнична помощ. В графите “Здравни грижи минимален брой” и “Здравни грижи наличен брой” се включват медицински сестри, акушерки, фелдшери, рехабилитатори, клинични лаборанти и рентгенови лаборанти.

При анализа на данните от таблицата прави впечатление, че наличните лекари по медицина в шест области в страната за 2018 г., а именно Кърджали, Ловеч, Разград, Силистра, Сливен, Хасково са под необходимия минимум, който да отговори на здравните потребности на българското население. Също така, пет от останалите области в страната (Бургас, Русе, Перник, Смолян, София (столица)) са на границата при покриването на необходимия минимум, въпреки че сред тях са едни от най-големите области в страната – столицата и област Бургас представляват предпочитано място за живеене и са притегателен център за професионално развитие. Значително над необходимия минимум лекари по медицина има в три области – Стара Загора, Пловдив и Плевен.

Относно осигуреността с *лекари по дентална медицина* – според данните от НЗК недостиг има и при осигуреността с лекари по дентална медицина. Единствено в област Благоевград е покрит необходимия минимум от специалисти в направлението.

Ситуацията при *специалистите от професионално направление “Здравни грижи”* е още по-притеснителна. Според данните от НЗК единствено за три области, а именно Габрово, Кюстендил, София, стойностите за наличните медицински специалисти надвишават определения минимум. В четири области (Стара Загора, Смолян, Пазарджик и Добрич) ситуацията е особено тревожна – наличните специалисти са приблизително половината от необходимия минимум.

Обобщено, данните в Таблица 1. категорично очертават небалансирано разпределение на заетите в здравния сектор в страната, например:

- ✓ Най-тежко е положението в Силистра, където при необходим минимум от 219 специалисти по здравни грижи, практикуват едва 98;
- ✓ В Пловдив например е налице следната обща ситуация при кадровото осигуряване: лекарите по медицина са приблизително два пъти повече от необходимия минимален брой (което осигурява по-голяма ефективност при функционирането на здравната система), а броят на специалистите от направление “Здравни грижи” е значително по-малък, а именно има дефицит на 439 специалиста до достигане на определения минимум;
- ✓ Само за област Кюстендил данните сочат, че необходимият брой лекари отговаря точно на наличния за всяка една медицинска специалност.

Относно общата осигуреност с медицински специалисти според НЗК се дава основание към настоящия момент за следния основен извод – налице е сериозна криза за квалифицирани специалисти в сектора – общо за страната не достигат 4 996 лекари и 2 788 специалисти по здравни грижи и то за да бъде достигнат необходимият минимум за покриване на основните потребности на българското население от здравна помощ. Без наличието на минимална осигуреност се влошава ефективността на здравната система, забавя се процеса на работа на медицинските специалисти, натоваарва се допълнително ангажираността на наличните и др. По данни от доклада за здравния профил на страната за 2019 г. осигуреността с лекари е сравнително висока – стойността за България (4.24) е по-висока от средната за ЕС (3.60) и се

доближава до тази на Германия (4.25) (OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission, 2019). Въпреки този факт, стойностите в НЗК свидетелстват за сериозни различия за наличността на лекарите в различните области в страната, т.е. диспропорциите при регионалното разпределение на здравни кадри в страната значително затрудняват достъпа на българските граждани до здравна помощ.

Обостреният недостиг на специалисти по здравни грижи в страната и по-конкретно на медицински сестри е представен в Таблица 2.

Таблица 2. Необходим минимален брой медицински сестри и налични такива по области

Област	Минимален брой	Наличен брой	Област	Минимален брой	Наличен брой
Благоевград	400	324	Плевен	300	272
Бургас	686	410	Пловдив	1 012	573
Варна	698	420	Разград	120	89
Велико Търново	340	229	Русе	253	131
Видин	103	76	Силистра	160	65
Враца	213	147	Сливен	323	166
Габрово	98	110	Смолян	150	75
Добрич	178	121	София	115	108
Кърджали	234	98	София (ст.)	2 529	2529
Кюстендил	48	61	Стара Загора	539	238
Ловеч	80	70	Търговище	97	90
Монтана	120	90	Хасково	404	250
Пазарджик	254	135	Шумен	235	131
Перник	135	102	Ямбол	100	75
			Общо	9 924	7 185

Източник: авторска, по данни от Национална здравна карта, 2018

Данните в Таблица 2. показват, че броят на медицинските сестри в страната е по-голям от определения минимум единствено в две области в страната – Габрово и Кюстендил. В четири от всички области стойностите се доближават до определения минимален праг – Търговище, София, Плевен и Ловеч. Два пъти по-малък е броят на практикуващите от необходимия минимум в Пловдив, Русе, Смолян и Стара Загора. Най-тежка е осигуреността в две области – Кърджали (от необходимите 234, практикуват 98) и Силистра, където от определен минимум от 160 медицински сестри за областта, са налични едва 65.

НЗК сама по себе си е изключително ефективен инструмент, спомагащ за последващо прогнозиране и планиране на необходимите ресурси в здравния сектор. Като основни недостатъци обаче могат да се открият:

- тя представлява „отрязък“ на осигуреността с медицински специалисти към момента на събиране на данните – седмица, месец или година по-късно стойностите могат да бъдат коренно различни поради множество фактори, сред които външна и вътрешна миграция, излезли кадри от сектора, поради навършване на пенсионна възраст или

- преориентиране към друга професия, новозавършили и започнали тепърва да практикуват специалисти и т.н.
- НЗК не е създадена под формата на информационна система, която своевременно да следи и да отчита работещите медицински специалисти в страната, независимо от факта, че подобна мярка е заложена на второ място в плана към Националната здравна стратегия 2020. Разработването на модел на информационна система и въвеждането на информационна система за мониторинг на персонала са основните дейности, които са отбелязани към горепосочената мярка със срок на изпълнение съответно 2017 г. и 2018 г., но подобна опция като част на националната здравно-информационна система през 2022 г. няма.
 - към началото на 2022 г. не съществува обновена НЗК нито на хартиен носител, нито като работеща информационна система за мониторинг на човешките ресурси в здравния сектор – за планирането и прогнозирането НЗК от 2018 г. може да служи единствено като ориентир, но без наличието на реални данни няма как да се създаде правилната политика за развитие и задържане на медицинските специалисти, съобразена с потребностите на населението по региони.

Краткият анализ на Националната здравна стратегия 2020 извежда на преден план необходимостта на страната от добра осигуреност с медицински специалисти, акцентира се на предизвикателствата пред развитието на човешките ресурси в сектора. Конкретните мерки и дейности обаче не водят до желанния резултат – някои от тях не са изпълнени, други са изпълнени, но не по ефективен начин – към края на програмния период политиките за задържане и развитие на кадрите в здравеопазването не водят до желанния резултат и реално подобрене относно осигуреността с медицински специалисти и подобряване на основни здравни показатели не се наблюдава. По-конкретно, в доклад на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и за здравния профил на България през 2021 г., се открояват следните акценти (OECD, EOHSP, 2022):

- Очакваната продължителност на живота в България през 2020 г. (73.6 г.) е по-ниска от очакваната продължителност на живота през 2010 г. (73.8 г.) и през 2015 г. (74.7 г.) и остава най-ниската в ЕС.
- Показателят смъртност, предотвратима чрез добро лечение за 2018 г. е с над два пъти по-ниска стойност, в сравнение със средната за ЕС – за България е 92, докато средната стойност за ЕС е 188.
- При показателя смъртност, предотвратима с добра профилактика страната отново изостава в сравнение с останалите страни-членки – стойността на България е 160, докато средната за ЕС е 226.
- Преживяемостта при онкологичните заболявания е сред най-ниските в ЕС.
- Разходите за здравеопазване са най-ниските в ЕС.
- Директните плащания от домакинствата за здраве (37.8%) са най-високите в ЕС и приблизително 2.5 пъти по-висок от средната стойност за ЕС.
- Има значителен недостиг на медицински сестри в страната.

- Въпреки че общият брой на лекари в България (4.2) за 2019 г. е по-висок от средния за ЕС (3.9) има недостиг на лекари с определени специалности и неравномерно разпределение на лекари в страната.
- Невъзможност за универсално покритие от здравни услуги на населението.

Налице е значително разминаване между търсене, предлагането и нуждите на населението от здравна помощ. Гореизброените компоненти свидетелстват за острата нужда от адекватно финансиране на сектора и провеждане на ефективни и устойчиви политики за задържане и развитие на медицинските специалисти в страната и подобряване, без които подобряването на здравните показатели на нацията е немислимо.

Националната здравна стратегия 2021-2030 е логично продължение на предходната стратегия. В проекта на стратегията отново се акцентира на необходимостта от създаването и изпълнението на успешни политики в сферата на човешките ресурси в здравеопазването (Министерство на здравеопазването, 2020). Сред предложените мерки са разработване и въвеждане на единна информационна система за мониторинг на медицинските специалисти в здравеопазването като част от националната здравно-информационна система – същата мярка, изведена и в предходната стратегия, инвестиции, свързани с увеличаване броя на студентите от специалност „медицинска сестра“, актуализиране на учебни програми, осигуряване на места за специализация в дефицитните специалности, създаване на условия за работа в райони, които не са предпочитани и желани от медицинските специалисти, включително и чрез финансови стимули и др.

Развитието и задържането на човешките ресурси в здравеопазването са основен приоритет и в двата разглеждани програмни периода, извеждането на дефицита на медицински специалисти и недоброто състояние на здравните показатели на населението, конкретните заложи мерки също са сходни. По данни на Министерски съвет (МС), проектът на Националната здравна стратегия 2021-2030 е със срок за приключване 28.01.2021 г. (МС, 2022), въпреки този факт, към февруари 2022 г. няма приета актуална здравна стратегия в държавата. В проекта липсва детайлизиране на мерките, няма разписан план и срокове за изпълнение, както съответно и отговорни институции. Без действаща стратегия за развитие и задържане на медицинските специалисти, а и в здравеопазването като цяло, се нарушава основно човешко право, а именно достъп до добро здраве и до качествено здравеопазване на нацията.

Недостигът на медицински специалисти се засилва допълнително в следствие на пандемията от коронавирус (COVID-19). Въпреки че през 2009 г. по време на кризата, предизвикана от грипния вирус H1N1, редица държави предприеха мерки за приемането и актуализирането на политики с цел повишаване готовността им за реакция при нова глобална здравна заплаха, през 2020 г. те се оказаха неподготвени (Valcheva, 2020). Според Организацията на обединените нации (ООН) безпрецедентната криза, предизвикана от COVID-19 се смята за най-голямото предизвикателство в съвременната история след Втората световна война (ООН, 2021). По официални данни към февруари 2022 г. броят на смъртните случаи в

следствие на инфекцията възлизат на над 5.5 милиона души (Worldometer, 2022). Година след началото на пандемията, към март 2021 г., над 17 000 медицински специалисти са починали от заболяването, като се счита, че тази стойност е значително реално подценена (Clinton Health Access Initiative, 2021). Претоварването на здравните системи по време на пандемията, изключително тежките условия на труд и стресът, на който са изложени медицинските специалисти, ги подтиква да напуснат здравните професии. В проучване, проведено след американски лекари през 2018 г. 40% индикират, че са пренатоварени и/или обмислят смяна на професията. В резултат на пандемията, броят им се увеличава до 58% (Florence, Miller, 2021). Дефицитът на медицински сестри към 2020 г. в световен мащаб възлиза на 27.8 милиона, а в проучване на Международната асоциация на медицинските сестри от март 2021 г. 20% от професионалистите отбелязват, че имат намерение да си сменят професията. Според асоциацията ще са необходими 13 милиона медицински сестри, за да се запълни недостигът, породен от застаряването на медицинските сестри и да се заместят тези, които искат да напуснат системата през следващите години (ICN, 2021). Както вече беше представено, България има сравнително добра осигуреност с лекари в национален аспект, но е налице остър недостиг на медицински сестри още преди започването на пандемията. Както и в останалите държави по света, така и в България се очаква недостигът на кадри допълнително да се задълбочи, докато търсенето на здравни услуги се увеличава (Penkova-Panteleeva, Gorchilova-Atanasova, Valkov, 2022). Съществуващият дефицит в страната се засилва и поради значителният брой заразени медицински специалисти – между март 2020 г. и април 2021 г. над 12 500 здравни кадри са били заразени с вируса (OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, 2022), което съответно утежнява работата и натовареността на останалите професионалисти в сектора. Предприетата мярка от страна на българската държава е осигуряване на допълнително ежемесечно възнаграждение в нетен размер на 1 000 лв. за медицински и немедицински специалисти, работещи на първа линия в борбата с вируса (МЗ, 2020). Мярката е ефективна от гледна точка на факта, че държавата подпомага изключително тежкия труд на здравните кадри по време на пандемията. Въпреки това, като основен недостатък отново може да бъде изведена липсата на дългосрочна политика за задържане и развитие на кадрите и на адекватно финансиране на сектора – поради политическите трусове в страната от 2021 г. към началото на февруари в държавата няма приет бюджет за 2022 г. По време на пандемията още по-силно се усеща и нуждата от наличие на данни в реално време и наличието на информационна система за мониторинг на медицинските специалисти, на чиято основа могат да се взимат решения и да се създават политики, основани на доказателствата и съобразени с потребностите на българското население от здравна помощ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Недостигът на медицински специалисти в България не е ново явление, а е проблем, който се задълбочава през годините. Политиките за задържане и развитие на кадрите в сектора на национално ниво са крайно неефективни и дефицитът съответно допълнително се обостря и

поради настъпилата световна пандемия от COVID-19. В България не съществува информационна база данни за мониторинг на персонала в здравеопазването, макар като мярка такава да е заложена в НЗС 2020 и в проекта за НЗС 2021-2030. Без реални данни за осигуреността с медицински специалисти в страната няма как да бъдат създадени и внедрени ефективни политики или стратегии. Липсата на добра осигуреност с медицински специалисти в страната е широко дискутиран проблем от управляващите и обществото, но без дългосрочна, целенасочена и устойчива политика промяна на статуквото е невъзможна.

БИБЛИОГРАФИЯ

Велева, Р., 2015. Политики в областта на ученето през целия живот на Република България и Европейския съюз. Стратегии на образователната и научната политика. Volume 23, брой 5/2015, София, 493-509 [Veleva, R., 2015. Politiki v oblastta na ucheneto prez tselia zhivot na Republika Bulgaria i Evropeyskia sayuz. Strategii na obrazovatelna i nauchnata politika. Volume 23, broj 5/2015, Sofia, 493-509]

Велева, Р., 2017. Публични политики за социална мобилност и социално включване, Сборник с доклади от научно-практическа конференция „Мобилност за един свързан свят“, ИК-УНСС, София, ISBN 978-954-644-941-2, с. 334-339 [Veleva, R., 2017. Publichni politiki za sotsialna mobilnost i sotsialno vklyuchvane, Sbornik s dokladi ot nauchno-prakticheska konferentsia „Mobilnost za edin svarzan svyat“, IK-UNSS, Sofia, 334-339]

Горчилова, Д., Тончева-Златкова, В., 2020. Подобряване на възможностите за реализация чрез социална ангажираност. Knowledge International Journal. 42(5), 837-842 [Gorchilova, D., Toncheva-Zlatkova, V., 2020. Podobryavane na vazmozhnostite za realizatsia chrez sotsialna angazhiranost. Knowledge International Journal. 42(5), 837-842]

Министерски съвет, 2022. Проект на Национална здравна стратегия 2021-2030, <https://www.strategy.bg/PublicConsultations/View.aspx?lang=bg-BG&Id=5755> [Ministerski savet, 2022. Proekt na Natsionalna zdravna strategia 2021-2030, <https://www.strategy.bg/PublicConsultations/View.aspx?lang=bg-BG&Id=5755>]

Министерство на здравеопазването, 2015. Национална здравна стратегия 2020, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/nzs_2020.pdf [Ministerstvo na zdrapeopazvaneto, 2015. Natsionalna zdravna strategia 2020, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/nzs_2020.pdf]

Министерство на здравеопазването, 2016. План за действие за изпълнение на Националната здравна стратегия 2020, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/plan_za_deistvie-nzs_2020.pdf [Ministerstvo na zdrapeopazvaneto, 2016. Plan za deystvie za izpalnenie na Natsionalnata zdravna strategia 2020, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/plan_za_deistvie-nzs_2020.pdf]

Министерство на здравеопазването, 2018. Приложения към Националната здравна карта на Република България, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2018/06/06/priturkakmbr45-nzk_2018.pdf [Ministerstvo na zdrapeopazvaneto, 2018. Prilozhenia kam Natsionalnata zdravna karta na Republika Bulgaria, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2018/06/06/priturkakmbr45-nzk_2018.pdf]

- Министерство на здравеопазването, 2018. Решение №361 от 29 май 2018 г. за утвърждаване на Националната здравна карта на Република България, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2018/06/06/reshenie361-29-05-2018-nzk.pdf [Ministerstvo na zdraveopazvaneto, 2018. Reshenie №361 ot 29 may 2018 g. za utvarzhdavane na Natsionalnata zdravna karta na Republika Bulgaria, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2018/06/06/reshenie361-29-05-2018-nzk.pdf]
- Министерство на здравеопазването, 2020. Допълнително възнаграждение за медицинския и немедицинския персонал, който е на първа линия в борбата с COVID-19, <https://parliament.bg/pub/ПК/382837054-06-369.pdf> [Ministerstvo na zdraveopazvaneto, 2020. Dopalnitelno vaznagrazhdenie za meditsinskia i nemeditsinskia personal, koyto e na parva linia v borbata s COVID-19, <https://parliament.bg/pub/ПК/382837054-06-369.pdf>]
- Министерство на здравеопазването, 2020. Проект на Национална здравна стратегия 2021-2030, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/12/29/proekt_na_natsionalna_zdravna_strategiia_2021-_2030.pdf [Ministerstvo na zdraveopazvaneto, 2020. Proekt na Natsionalna zdravna strategia 2021-2030, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/12/29/proekt_na_natsionalna_zdravna_strategiia_2021-_2030.pdf]
- Преамбул към Устава на Световната здравна организация, приет от Международната конференция по въпросите на здравеопазването, Ню Йорк, 19-22 юни 1946г.; подписан на 22 юли 1946 г. от представителите на 61 държави (Официален архив на СЗО, бр. 2, стр.100) и влязъл в сила на 7 април 1948 г. [Preambyul kam Ustava na Svetovnata zdravna organizatsia, priet ot Mezhdunarodnata konferentsia po vaprosite na zdraveopazvaneto, Nyu York, 19-22 yuni 1946g.; podpisan na 22 yuli 1946 g. ot predstavitelite na 61 darzhavi (Ofitsialen arhiv na SZO, br. 2, str.100) i vlyazal v sila na 7 april 1948]
- Рохова, М., Коева, С., Атанасова, Е., Димова, А., Костадинова, Т., 2020. Концептуална рамка за оценка на функционирането на здравната система в България. Здравна политика и мениджмънт. Том 20. Извънреден брой, р.36-44 [Rohova, M., Koeva, S., Atanasova, E., Dimova, A., Kostadinova, T., 2020. Kontseptualna ramka za otsenka na funktsioniraneto na zdravnata sistema v Bulgaria. Zdravna politika i menidzhmant. Tom 20. Izvanreden broy, 36-44]
- Clinton Health Access Initiative, 2021. There is a global shortage of nurses. COVID-19 is making it worse, <https://www.clintonhealthaccess.org/there-is-a-global-shortage-of-nurses-covid-19-is-making-it-worse/> [13.02.2022]
- Florence, T., Miller, P., 2021. Physician Retention in the Era of COVID-19. The Journal of Medical Practice Management: MPM. Tampa. Vol. 36, Iss. 6., pp.318-321.
- International Council of Nurses, 2021. Nurse Shortage and Retention, https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/IND_Factsheet-EN-03_1.2.pdf [14.02.2022]
- OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission, 2019. State of Health in the EU. Bulgaria. Country Health Profile 2019, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/34781ac1-en.pdf?expires=1644055635&id=id&accname=guest&checksum=1BA278EA61C7CC9195B0E710082DDC7F> [3.02.2022]
- OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, 2022. България: Здравен профил на страната 2021. OECD Publishing. Paris, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/df3f45dd-bg.pdf?expires=1644744119&id=id&accname=guest&checksum=9C7ECFB821E87092086172BD60B55434> [10.02.2022]

Penkova-Panteleeva, E., Gorchilova-Atanasova, D., Valkov, A., 2022. Supply of Publicly Financed Services: Market and Non-Market Failures, https://www.researchgate.net/publication/358380409_SUPPLY_OF_PUBLICLY_FINANCED_SERVICES_MARKET_AND_NON-MARKET_FAILURES [16.02.2022]

Valcheva, K., 2020. K. Health prevention and response policies against infectious diseases: is the world ready for a novel coronavirus pandemic? 21st International Conference on Social Sciences (ICSS XXI) – Amsterdam, EUSER, ISBN 978-1-64871-449-8, pp. 138-150

United Nations Development Programme, 2021. An integrated global response is an investment in our future, <https://www.undp.org/coronavirus> [13.02.2022]

World Health Organization, 2013. Global health workforce shortage to reach 12.9 million in coming decades, <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforce-shortage/en/index.html> [2.02.2022]

World Health Organization, 2016. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. p.12, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf> [2.02.2022]

Worldometer, 2022. COVID-19 Coronavirus pandemic, <https://www.worldometers.info/coronavirus/> [15.02.2022]

ИНСУЛТЪТ – НОВАТА ХУМАНИТАРНА КАТАСТРОФА: СМЯНА НА ПРИОРИТЕТИТЕ

Лиляна Станчева¹, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“

Александър Вълков², УНСС

Резюме

Цел: Проучването обобщава и анализира най-нови данни за състоянието, мащабите и тенденциите в развитието на заболяването в глобален, Европейски и национален план като основа за ефективни здравни политики. На тази основа се аргументира значението на първичната превенция на инсулта и на информираността на всички етапи от развитието на заболяването. В по-конкретен план – извличат се характеристики за информираността на младите хора (в целевата група на студентите от немедицинските специалности), като хипотезата е, че са налице слаби познания за рисковите фактори и признаците за инсулт, които младите хора придобиват по случаен начин.

Материали и методи: За постигането на посочените цели се използват две групи методи: (1) Документално проучване и аналитичен преглед на най-нови обзорни публикации и данни, които очертават дългосрочни тенденции в разпространението и тежестта на заболяването; (2) Онлайн анкетно проучване сред 138 отзовали се студенти, от втори и трети курс от немедицински специалности от най-масовите професионални направления „Икономика“ и „Администрация и управление“ от 3 университета в София. Анкетата е проведена в периода 15.01.2022 – 15.02.2022 г.

Резултати: Изследването систематизира актуални научни резултати за нарастване на честотата, разпространението и тежестта от инсулта в дългосрочен план. Картината на заболяването у нас и прогнозите през следващата декада показват, че за страната ни инсултът е основен проблем на общественото здравеопазване. Данните за света показват, че заболяването се превръща в съвременна хуманитарна катастрофа, която изисква бързи, решителни и координирани мерки в световен и национален план. Справянето с тази катастрофа изисква промени в здравните политики по целия път на инсулта, с приоритет на осведомеността и превенцията на популационно равнище. Контрол върху рисковите фактори може да бъде постигнат при цялостно преосмисляне и реструктуриране на здравните приоритети.

Ключови думи: мозъчен инсулт, разпространение на инсулта, тежест на инсулта, здравна политика, превенция на инсулта, БЪРЗО тест

¹ Лиляна Станчева е бакалавър по здравни грижи със специалност по Анестезиология и интензивни грижи от МУ-София. Има магистърски степени по „Публична администрация“ със специализация „Здравен мениджмънт“ от УНСС, София и по Управление на здравни грижи от МУ-Варна. Има над 30 научни публикации. Работи като медицинска сестра в ОИЛ в УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“. Нейните интереси са в областта на управлението на човешките ресурси, здравния мениджмънт и управлението на здравните грижи. Електронна поща: lilly.stancheva@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4359-3833>

² Александър Вълков е доцент в катедра „Публична администрация“ при Университет за национално и световно стопанство, София. Повече от 20 години чете лекции в Софийски университет "Св. Климент Охридски" и Нов български университет. През 2010-2012 г. е бил е финансов директор на Токуда Болница, София. Неговите интереси са в областта на управлението на публичния сектор, публичния мениджмънт и публичните политики, здравната политика и здравния маркетинг. Електронна поща: alexander.valkov@unwe.bg ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7791-5514>

STROKE - THE NEW HUMANITARIAN CATASTROPHE: SHIFTING PRIORITIES

Lilyana Stancheva³, University Multiprofile Hospital for Active Treatment and Emergency
Medicine „N. I. Pirogov“

Alexander Valkov⁴, University of National and World Economy

Abstract

Objectives: *This study summarizes and analyses the latest data on the status, magnitude and trends of the disease at global, European and national levels as a basis for effective health policies. On this basis, it argues for the importance of primary stroke prevention and awareness at all stages of disease development. More specifically, characteristics of young people's awareness (in the target group of non-medical students) are derived, with the hypothesis that there is poor knowledge of risk factors and signs for stroke, which young people acquire in a casual way.*

Methods: *Two sets of methods were used to achieve the above objectives: (1) Documentary research and analytical review of recent review publications and data outlining long-term trends in the prevalence and severity of the disease; (2) Online survey of 138 responding second and third year students from non-medical majors in the most mainstream professional fields of Economics and Administration and Management from 3 universities in Sofia. The survey was conducted in the period 15.01.2022 - 15.02.2022.*

Results: *The study systematizes current scientific results on the increase in incidence, prevalence and burden of stroke in the long term. The picture of the disease in our country and projections over the next decade show that stroke is a major public health problem for our country. Worldwide data show that the disease is becoming a modern humanitarian catastrophe that requires rapid, decisive and coordinated global and national action. Tackling this catastrophe requires changes in health policies across the stroke pathway, with awareness and prevention prioritized at a population level. Control of risk factors can be achieved with a comprehensive rethinking and restructuring of health priorities.*

Key words: *stroke; stroke prevalence; stroke burden; health policy; stroke prevention; FAST test.*

³ Lilyana Stancheva is a Bachelor of Science in Nursing (BSN) with a specialty in Anesthesiology and Intensive Care from the Medical University – Sofia. She holds a Master's degree in Health Care Management from the UNWE, Sofia and a Master's degree in Nursing Care Management from MU-Varna. She works as a nurse in the ICU at the University Hospital "N. I. Pirogov". Her interests are in the field of human resource management, health management and nursing care management. E-mail: lilly.stancheva@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4359-3833>

⁴ Alexander Valkov is an Associate Professor at the Department of Public Administration, University of National and World Economy, Sofia. For more than 20 years he has been lecturing at Sofia University „St. Kliment Ohridski“ and New Bulgarian University. In 2010-2012 he was CFO of Tokuda Hospital Sofia. His interests are in the field of public sector management, public management and public policies, health policy and healthcare marketing. E-mail: alexander.valkov@unwe.bg ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7791-5514>

ВМЕСТО ВЪВЕДЕНИЕ: ИНСУЛТЪТ – ОБЩО ПОВДИГАНЕ НА НИВОТО

Ситуацията, която по-надолу описваме, е различна от тази, на която играят децата на плажа. С подскок те се хвърлят към всяка вълна, а сблъсъкът и отмитата напрегнатост ги кара да триумфират. Вълните ги побутват към брега, но знаят – идва нова, и това е повод да се повтори. Алюзията с вълните ни подсказва нещо важно: заливани и втречени в тези от COVID се научихме, донякъде, на това как да се реагира на заплахата, но заиграни с тях погледът (не трябва да) се отклонява от (по-) опасни ситуации. Да го кажем така, какво се случва, когато общото на нивото на водата се повдигне?

Докато пишем това изречение, някъде по света един човек ще е починал от инсулт – това се случва на всеки *шест секунди*. А двама души ще са получили инсулт. Такава статистика обърква с мащабите си. Но да погледнем по-близо до нас на картата – всяка минута един човек на Европейския континент получава инсулт (ESO/SAFE, 2021).

И ако глобалните данни, макар и стряскащи, изглеждат абстрактни и отдалечено, то същата тази безпристрастна статистика показва, че вече у нас на всеки 7 минути се случва един инсулт, а на всеки 1¼ час един българин умира от инсулт.

Убедителни данни и пространни изследвания през годините – глобални, регионални, национални – за заболяемостта и смъртността, за предоставяните грижи, за факторите и последствията – в здравна, социална и икономическа перспектива, определят днес мозъчният инсулт като *основен проблем за общественото здраве*. Очертаните тенденции потвърждават този извод – вече са факт прогнозите от преди 15 години (Cox, et al., 2006) – инсултът е втората водеща причина за смърт в света и една от петте водещи причини за инвалидност.

За отделния човек инсултът крие риск от смърт или инвалидизация. Отвъд него, погледнато в сравнителна международна перспектива и от дистанцията на времето заболяването от инсулт повдига мощно „равнището“ на случваща се в момента „хуманитарна катастрофа“ (Ritchie, Roser, 2022).

Данните за проблема са и основания за мерки. Натрупаното знание, че инсултът е предотвратим, лечим и управляем, чертае съвместните действия на всички, ангажирани и заинтересовани в борбата с инсулта, в международен, национален, организационен и в индивидуален план (ESO/SEFE, 2021; Norrving, et al., 2021).

(1) Най-нови данни ни предоставя публикуваното в началото на годината изследване на Световната организация за борба с инсултите (World Stroke Organization, WSO) (WSO, 2022). Данните от *Global Burden of Disease (GBD)*, включени в *Global Stroke Fact Sheet 2022*, очертават сравнима картина на тежестта на заболяването през последните три десетилетия. Според GBD към 2019 г. ежегодно се регистрират 12,2 млн. случая, което при 6,5 млн. смъртни случая годишно поставя инсулта като втората водеща причина за смърт в света. Този темп на заболяемост очертава **широкото разпространение** на заболяването в глобален план – случаите на инсулт и смъртните случаи от него нарастват значително през периода 1990 – 2019 г. – съответно с 70% и 43%. Двата процеса са определящи за глобалното нарастване на риска от инсулт – през последните 17 г. той се е увеличил с 50% (ако през 1990

г. 1 от всеки 6 души над 25 г. е застрашен от инсулт, днес 1 от 4 души над 25 години ще има инсулт през живота си). Според оценките на GBD броят на хората, живеещи след прекаран инсулт е нараснал двукратно – от 54,7 млн. души през 1990 г. на 101,5 млн. души през 2019 г. или с 86%.

(2) Важен маркер, свързан с оценката на **тежестта на заболяването** е факта, че преобладаващата част от случаите са на хора на възраст под 70 години (62%); до тази възраст са и 67% от хората, преживели инсулт. Въпреки, че възрастта остава определящ фактор за инсулт, а рискът от заболяване се удвоява на всеки 10 години след 55 годишна възраст, тези данни позволяват да се констатира, че инсултът „вече не е заболяване (само) на възрастните хора“ (Donkor, 2018). Високата смъртност и заболяемост, която води до хронична инвалидизация (на 50% от оцелелите) (Donkor, 2018; Feigin, et al., 2022) водят до нарастване на тежестта на заболяването, измерена чрез интегралния показател „години живот, коригирани с инвалидност“ (DALYs)⁵. Актуалните данни показват, че в световен план ежегодно смъртността и инвалидността от инсулт причиняват загуба, еквивалентна на 143,2 млн. години живот в добро здраве, като близо 60% от тази загуба се отнася до хора под 70 годишна възраст. В синхрон с растящите през последните 30 години инциденти, смъртност и разпространение на заболяването е и тенденцията за нарастване на тежестта от него – спрямо 1990 г. годишната загуба на години живот в добро здраве се е увеличила с 143%. Тези данни определят инсулта като *третата водеща причина за смъртност и инвалидност заедно в света*. Приблизително 62% от годишните инциденти на мозъчен инсулт в света се падат на исхемичния мозъчен инсулт, на който се дължат $\frac{1}{2}$ от общия брой на смъртните случаи годишно, $\frac{3}{4}$ от преживелите случаи на инсулт и 45% от общата загуба на живот в добро здраве за година. Макар и с по-малка честота интрацеребралният хеморагичен инсулт – 3,4 млн. случаи годишно или 28% от общия брой на случаите на инсулт – показва два пъти по-висока смъртност от исхемичния инсулт. Ако общата смъртност от всички видове инсулт е 53,6% на годишна база, а при исхемичния е 43,2%, то смъртността при случаите на интрацеребрален хеморагичен инсулт е 84,7%⁶. Това поставя въпроса за факторите, които определят разпространението и тежестта на заболяването, а от тук и за политиките, насочени към контрол на заболяването.

⁵ За разлика от показателя „смъртност“ с термина „тежест на заболяванията“ се илюстрира по-широка концепция за последиците от заболяванията, която е необходима за целите на здравната политика. За измерване на тежестта на заболяванията се прилага подход, който да отчита освен загубите от смъртността, но и последиците от заболяемост и болестност от нефатални за здравето болести (non-fatal health outcomes). Изработеният за тази цел интегрален показател, „години живот, коригирани спрямо уврежданията“ (DALYs, „disability-adjusted life years“) е условна оценка на времето, която включва два компонента: първият, години загубен живот, поради преждевременна смърт (YLLs, „years of life lost“) и вторият, години, живени в недееспособност (YLDs, „years lived with disability“). С други думи DALYs отчита както загубеното време поради преждевременна смърт, което е функция на смъртността и на продължителността на изгубения живот, така и загубите на живот в оптимално здраве, което е функция на нарушен здравен статус (инвалидност). Или, за да оцени тежестта на заболяванията показателят DALYs обобщава загубите, приведени в години живот, като последица от смъртност и от инвалидизация. Една DALY означава загубата на еквивалента на една година живот в пълно здраве. Показателят се измерва на 100 000 души население и се отнася за различни популации и заболявания.

⁶ Показателите са получени като са съотнесени годишните данни за смъртните случаи от инсулт – общо и по вид, спрямо общия брой на случаите на заболяването – общо и по вид.

На какво се дължат очертаните тенденции, на чийто фон може да се постави ситуацията у нас? Важни щрихи в глобалната картина на разпространението и тежестта на заболяването предоставят данните за разпределението по региони и свързаните с тях фактори за заболяването.

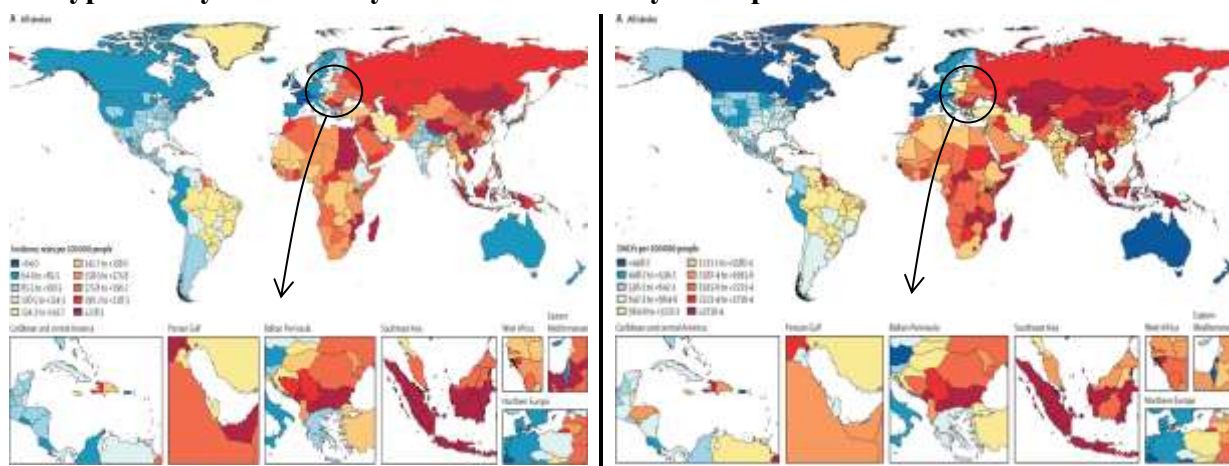
(3) Редица проучвания показват значими различия в **глобалното разпределение** на заболяването по региони. В *Global Stroke Fact Sheet 2022* (Feigin, et al., 2022) WSO потвърждава предходни данни (Addo, 2012; Donkor, 2018) като обобщава, че преобладаващата част от глобалната тежест на инсултите се пада на страните с ниски доходи и на страните с по-нисък среден доход – съответно 86% от смъртните случаи и 89% от DALYs⁷. Широко е ветрилото на регионалните различия при стандартизираните по възраст показатели за заболяемост от инсулт (6 пъти), смъртност (15 пъти) и DALYs (20 пъти). В аналитичен обзор на АНА/ASA (Addo, 2012) се потвърждават различията и тенденциите в разпространението на инсулта в различни региони и страни. За период от 40 години в страните с ниски доходи и с по-нисък среден доход се наблюдава >100% увеличение на заболяемостта от инсулт, докато в страните с високи доходи се наблюдава 42% намаление на същия показател. В по-късен преглед (Donkor, 2018) се отчита тенденцията, че в развитите страни инсултът обикновено засяга много повече по-възрастни хора (70-75 г.) и спрямо развиващите се страни смъртните случаи са 2,6 пъти по-малко, а загубата на години живот в добро здраве е 4,3 пъти по-малко. Това показва, че в глобален план тежестта на инсулта се прехвърля към развиващите се страни – тя е по-голяма в Източна Европа, Северна Азия, Централна Африка и южната част на Тихия океан. Тези промени се потвърждават в систематичен преглед, публикуван в *Lancet Neurol* през 2021 (вж. фигура 1), в който на основата на данни от GDB 2019 се обобщава, че възрастово стандартизираният коефициент на смъртност, свързан с инсулт, в групата с ниски доходи на Световната банка е 3,6 пъти по-висок, отколкото при тези с високи доходи (GBD, 2021).

Посочените тенденции се дължат както на възрастови различия, но и на начина на живот, контрола върху рисковите фактори, организацията и достъпността до здравните системи и др.

⁷ Световната банка (СБ) класифицира страните по показателя „брутен национален доход на глава от населението“. За 2022 г. „икономики с ниски доходи“ са тези, при които показателят е под 1 045 USD (за 2020 г.); „икономиките с по-ниски средни доходи“ са с доход на глава от населението между 1 046 USD и 4 095 USD; „икономиките с по-високи средни доходи“ попадат в диапазона 4 096 USD и 12 695 USD; „икономиките с високи доходи“ - над 12 696 USD.

Вж. СБ, <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. За целите на проучването на GBD *Института за здравни показатели и оценка* използва аналогична класификация чрез конструиране на обобщаващ индикатор, наречен „социо-демографски индекс“ (SDI, „Socio-Demographic Index“). Той отчита освен доходите на човек от населението и средното образователно равнище, и равнището на раждаемост. Индексът взема стойности между 0 и 1, като нулева стойност означава: най-нисък доход на човек, най-ниското образователно равнище и най-високо равнище на раждаемост (total fertility rate). Тук използваме класификацията на СБ.

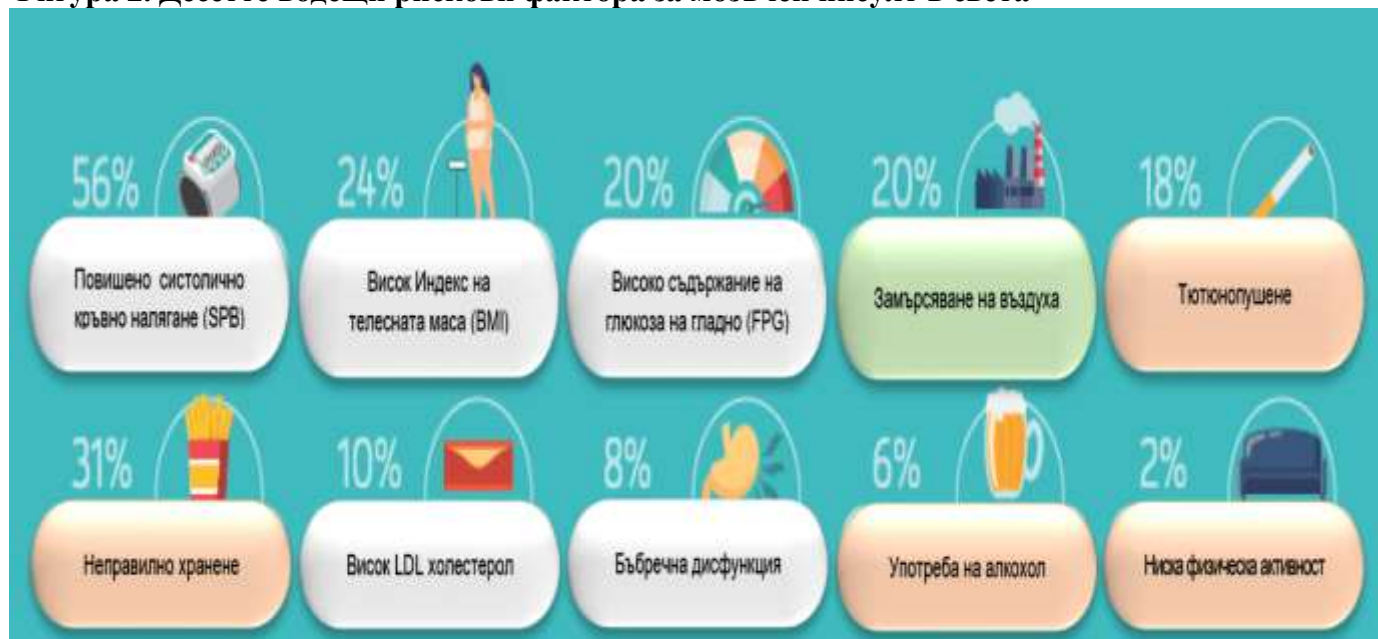
Фигура 1. Случаи на инсулт и тежест от инсулт по региони



Източник: GBD 2019 Stroke Collaborators (2021)

(4) Множество изследвания и основани на тях прегледи споделят широк кръг от **фактори**, определящи разпространението и тежестта на заболяването (Георгиева, 2018 [Georgieva]; Addo, 2012; GBD, 2021; Ritchie, Roser, 2022; Feigin, et al., 2022). Традиционните рискове се категоризират в две групи: първата, включва фактори, които не могат да бъдат модифицирани (напреднала възраст, пол, раса, генетични, фамилна обремененост) и втората, която включва такива, които могат да бъдат модифицирани, и това прави инсулта силно предотвратим (Donkor, 2018). Възрастта като определящ фактор е и универсален маркер за продължителността на излагане на другите фактори.

Фигура 2. Десетте водещи рискови фактора за мозъчен инсулт в света



Източник: WSO. (2022). Global Stroke Fact Sheet 2022, p. 27

Забележка: Сумата надхвърля 100%, тъй като ефектът на много от тези фактори се припокрива и се свързва частично или изцяло чрез други рискови фактори. Процентите показват дялът на всеки рисков фактор върху тежестта на заболяването (измерено в DALYs).

Последно достъпните данни от GBD очертават списъка от 10-те най-значими фактора, определящи тежестта на заболяването в глобален план (вж. фигура 2). Те обясняват 87% от глобалната тежест на инсульта (Feigin, et al., 2022). Според изследването общо метаболитните рискове (на фигура 2 са посочени в сиво) са причина за 70,3% от загубата на години живот в добро здраве; на поведенческите рискове (тютюнопушене, неправилно хранене, употреба на алкохол и ниска физическа активност) се падат 46,6% от DALYs; на рисковете, произтичащи от околната среда (замърсяване на въздуха, екстремна температурна среда, излагане на олово) – се падат 37,3% от DALYs. В по-детайлно представяне на данните от GBD 2019 за тежестта и риска от инсулт, и за неговото разпределение по региони и държави, в т.ч. и по видове инсулт (GBD, 2021) се прави извода, че през последните три десетилетия общият брой на загубените години живот в добро здраве, в резултат на инсулт, дължащи се на рискови фактори е нараснал с 36,6% - от 91,5 млн. през 1990 г. на 125 млн. през 2019 г. Сред анализиранияте 19 вида риск, високото систолично кръвно налягане се очертава като водещ рисков фактор във всичките 21 региона в глобален план – на него се дължат 55,5% от общия брой DALYs от инсулт в света. В пъстрата картина на рисковете се забелязва промяна: намалява приноса на поведенческите фактори, храненето и рисковете, свързани с околната среда и нараства приноса на метаболитните рискове, най-вече заради увеличаването на високия индекс на телесната маса (BMI) и високата плазмена глюкоза на гладно. Първият фактор обяснява 24,3% от тежестта на заболяването в световен план през 2019 г., а за последните 30 години неговият пропорционален принос при DALYs за инсулт нараства с 57,8%. Вторият фактор обяснява 20,2% от тежестта на заболяването, като през последните 3 десетилетия отчита ръст съответно от 40,3%.

Комбинирането на различни фактори и продължителното им въздействие наслагват и допълнително увеличават рисковете от инсулт – а от тук за смърт и/или инвалидизация. Факторите са свързани и създават *порочен цикъл*, който има още по-разрушителни последици. За отделни региони на света това е факт (вж. по-горе регионалната картина и на фигура 1). Това означава, че в опитите да се контролира заболяването националните правителства и международните организации трябва да прилагат *комплекс от мерки*. Идентифицирането на факторите и механизмите на влияние е основа за базираното на доказателства здравно планиране (evidence-based health-care planning), определянето на приоритети и ефективно разпределение на ресурсите. Споделяме мнението, че здравната политика за лечение на инсулт трябва да се опира на добре обмислени, осигурени ресурсно, синхронизирани и постоянни действия по *целия спектър на лечение на заболяването*. Основа на този пакет мерки са стратегиите за *първична превенция* на инсултите, като скрининг и правилно управление на систоличното кръвно налягане и теглото, програми за отказване от тютюнопушене, намаляване на замърсяването на въздуха и ред. др. Съобщава се, че възвращаемостта от всеки инвестиран долар в превенция на инсульта и сърдечносъдовите заболявания е 10,9 USD (GBD, 2021).

(5) Но инсултът не е само здравен проблем. Всеки проблем на здравната политика залага компулсивен заряд от интерактивни и натрупващи се **икономически и социални последици**. И тъй като всеки конкретен проблем на политиката неизбежно има икономическа и социална (и не само) значимост, а значи и цена, неговото решаване следва да се търси, съответно, и в икономически и социален контекст. По-точно, изисква се баланс в полето/триъгълника на публичните политики и (политико-икономическо) ръководство отвъд егоистични и краткосрочни интереси (Танев, 2008 [Tanev]; Томова, 2021 [Tomova]).

Редица изследвания доказват връзка със *социално-икономическия статус* (Addo, 2012; Cox, et al., 2006; Marshal, et al., 2015) и отчитат значими *икономически последици* от заболяването (Donkor, 2018; Luengo-Fernandez, R., et al., 2020; Feigin, et al., 2022). Данните за глобалното разпределение на заболяването по региони (посочени по-горе) потвърждават повечето от хипотезите, че мозъчният инсулт е свързан със социално-икономическия статус (измерван чрез индикатори за образование, занятие, доходи, материално благополучие, регионални характеристики, здравно застраховане и публично финансиране)⁸. Видно на двата панела на фигура 1 регионалното разпределение на заболяването отразява кумулативно влиянието на социално-икономически условия, което се отразява на общите тенденции, на значителните географски различия на показателите за заболяемост, преживяемост и тежест от инсулт, обяснява устойчивостта на рисковете и очертава насоки за селективни стратегии за справяне с проблема. Със социално-икономически условия може да се обясни разпространението на някои от посочените рискови фактори за заболяването. Въпреки, че все още няма яснота за конкретните пътища на въздействие, наличните данни позволяват да бъдат идентифицирани и моделирани връзки, които отчитат значението на статусните характеристики (Cox, et al., 2006).

Връзката със социално-икономическия статус е обект на проучване поне на три равнища – материално (доходи, околна среда), поведенческо (тютюнопушене, физическа активност) и психо-социално (стрес, възприемано неравенство). Получените данни могат да бъдат обобщени и потвърждават значението на социално-икономическия статус за разпространението и тежестта на заболяването:

- Установена е пряка връзка между социално-икономическия статус и много от класическите рискови фактори за инсулт – като хипертония, затлъстяване, тютюнопушене, диабет, заседнал начин на живот – както в развитите така и в развиващите се страни. С увеличаване на икономическото богатство на страните тежестта на тези фактори се премества към по-слабите социално-икономически групи (Cox, et al., 2006; Marshal, et al., 2015);

⁸ В неокласическата икономическа традиция лошото здраве (разпространението и тежестта на социално-значимите заболявания) се разглеждат във връзка с „макроикономическите сили и ролята на правителството“, което носи основната отговорност за „здравната бедност“ (теоретичен обзор по темата вж. във Велева, 2022). Като проучват двупосочното влияние между здравето и икономиката Веков, Салчев, Джамбазов и Велчовски идентифицират основни причинно-следствени връзки в макро и микроикономически план (Веков, и др., 2022). Прогнозите за вероятните бъдещи тенденции в световното здравеопазване също стъпват върху разбирането за това, че „бъдещите тенденции в смъртността в бедните страни ще имат връзка с икономическото и социалното развитие“ (Mathers C., Loncar D., 2006).

- Налице са силни и последователни доказателства за това, че лишенията (напр. недохранване) и лошите социално-икономически условия в детството са рисков фактор за инсулт в зряла възраст, и неговото влияние не се променя, при подобряване на статуса в по-късна възраст (Cox, et al., 2006; Marshal, et al., 2015);

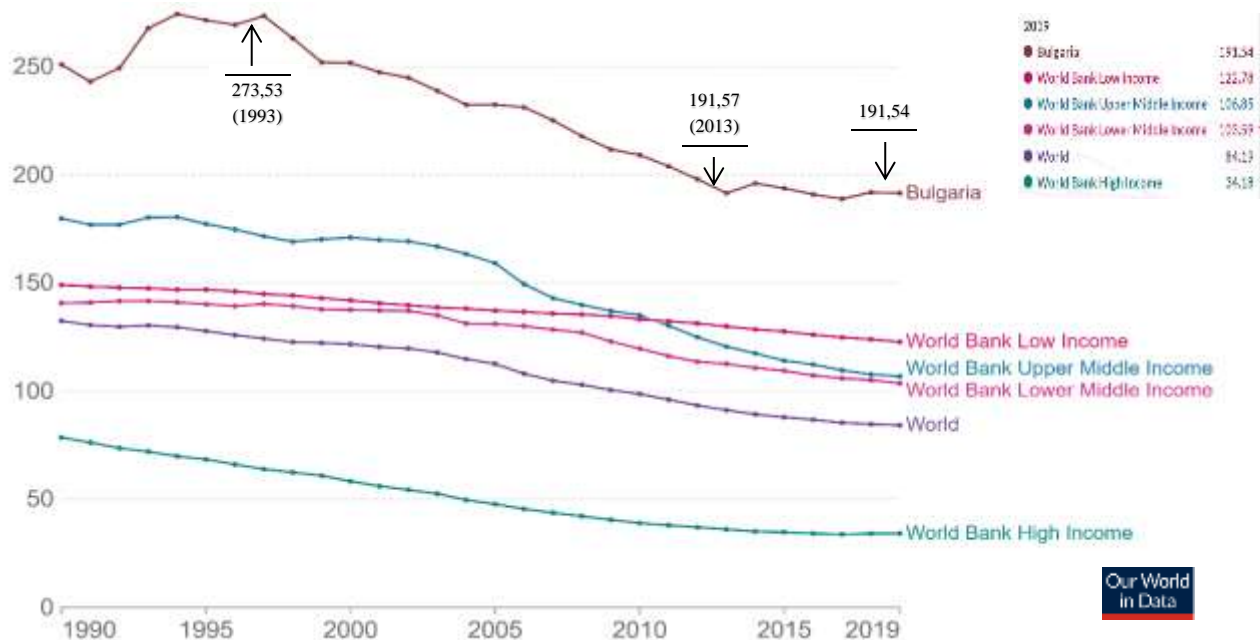
- Без съмнение, организацията на здравната система, достъпността до качествена медицинска помощ и грижи (в т.ч. и немедицински) са от съществено значение. Но хипотезата, че достъпът и качеството на превенцията и лечението на инсулт са свързани със социално-икономическия статус не намира убедително потвърждение. Затруднението идва поради множеството начини, по които социално-икономическите условия се свързват с предоставянето на здравни услуги. Качеството на предоставяните грижи варира, както между държавите, така и в национални рамки. Съществуват данни, че пациенти с по-нисък социално-икономически статус, например, имат по-високи равнища на повторна хоспитализация, те са по-малко склонни към превенция или са с по-висок риск от това да забавят лечение и др. (Cox, et al., 2006). Но не се установява систематичен/последователен модел на неравнопоставеност, дължаща се на социално-икономическия статус. Все пак, в пространен обзор по темата екип на *King's College* обобщава, че по отношение на инсульта, ниският социално-икономически статус е свързан с неадекватен достъп до здравни грижи (Marshal, et al., 2015).

Макар и трудно да се поддава на измерване приносът на социално-икономическия статус е очевиден и по общо разбиране, съществен⁹. Неговото влияние трябва да се отчита в здравната политика, но той не е непосредствен фактор за заболяването. Разпространението и тежестта на заболяването е свързано с общите социални и икономически условия и различия, и в този смисъл статусните индикатори имат, макар и значимо, косвено, „от втори ред“ влияние върху основните рискови фактори за заболяването. В разработените модели, посветени на социо-икономическия статус и здравето (Cox, et al., 2006; Hoffmann et al., 2018), статусните условия са поставени в причинно-следствени връзки, самостоятелно и чрез достъпа и качеството до здравна помощ, спрямо посочените дефинитивни (поведенчески и метаболитни) рискове (вж. предходната т. 4).

(6) На този фон може да се очертаят **дългосрочни тенденции**, които позволяват да се намери и мястото ни в национален план (фигури 3 и 4).

⁹ Hoffmann, Kröger, Pakrahand (2018) очертават три механизма, чрез които могат да бъдат обяснени различията в здравето във връзка със социално-икономическия статус (SES). Първият, разглежда влиянието SES върху здравето, която те определят като „социална причинност“ (social causation). Вторият, отчита влиянието на здравето върху SES, определена като „здравен подбор“ (health selection). Третият, отчита общите фактори, които влияят както върху SES и върху здравето, т.нар. „непряка селекция“ (indirect selection).

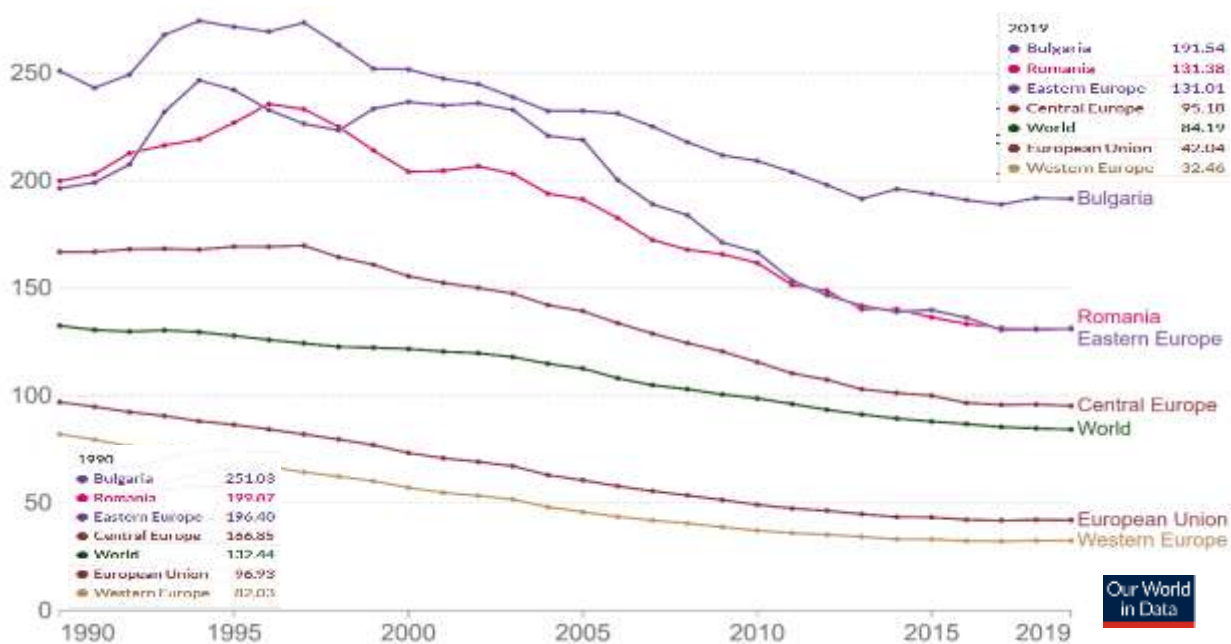
Фигура 3: Стандартизирана смъртност от мозъчен инсулт в света за периода 1990 – 2019 г.



Източник: IHME, GBD, https://ourworldindata.org/grapher/stroke-death-rates?tab=chart&country=BGR~OWID_WRL

В пъстрата картина на глобална географска поляризация, през последните три десетилетия България отчита устойчив процес на намаляване на стандартизираната по възраст смъртност от мозъчен инсулт (брой смъртни случаи на 100 000 души). По данни от базата на *Our World in Data* (OWID) този показател намалява с близо 60 единици (от 251,01‰ през 1990 г. на 191,54‰), като този процес е изявен в периода 1997 – 2013 г. (след малки колебания през 2019 г. показателят се задържа на равнището на 2013 г.). Свиването на показателя за смъртност от мозъчен инсулт у нас обаче е значително по-слабо в сравнителен план – видно от двете фигури, както по отношение на средните стойности за света и Европа (отделно и за ЕС; вж. фигура 4). През този период намаляването на смъртността от инсулт е общо 23,7%, което е близо с 50% по-слаб резултат от средното за света (с 36,4%) и двукратно по-нисък от този в ЕС (с 56,6%). Бавните промени отварят още повече ножицата на неравенствата по отношение на заболяването: ако през 1990 г. стандартизираната смъртност от мозъчен инсулт у нас е била 1,9 пъти над средното за света и 2,59 пъти над ЕС, то през 2019 г. това съотношение е нараснало съответно на 2,28 пъти и 4,56 пъти.

Фигура 4: Стандартизирана смъртност от мозъчен инсулт в Европа за периода 1990 – 2019 г.



Източник: IHME, GBD, <https://ourworldindata.org/grapher/stroke-death-rates?tab=chart&country=BGR~European+Union>

Вълната, която описва разглеждания показател за България (вж. фигури 3 и 4), спрямо света и Европа, показва значително по-високо общо равнище на разпространение и смъртност. Казано с думите от алегорията в началото, вълната не се отдръпва, а индикира в сравнителен план по-високо собствено общо равнище. Селектираните данни на OWID за стандартизираната смъртност от инсулт показват, че към 2019 г. *България е на 10-та позиция в света и на 1-во място сред страните от ЕС* (на Европейския континент пред нас са само РС Македония и Черна гора). Равнището на този показател на страната през 2019 г. е с над 50% по-високо от средното за групата на бедните страни („икономиките с ниски доходи“) и тази тенденция се запазва през всичките години за периода от 1990 г. насам. Особено тежък проблем представлява заболяването в региона на Източна Европа, за който показателят за стандартизирана смъртност към 2019 г. е по-висок от този на „бедните страни“ (по СБ). Видно от фигура 4 ножицата в смъртността от инсулт между България и региона на Източна Европа от началото на новото хилядолетие се разтваря: от практически едно и също изходно равнище на смъртност през 2000 г. разликата към 2019 г. е нараснала с 50% (131,01‰ за Източна Европа при 191,54‰ за България).

Други авторитетни национални изследвания (ЕОHSP, 2019; МЗ, 2021) и наличните статистически данни от НСИ подкрепят посочените изводи. Болестите на органите на кръвообращението са най-често срещаната причина за смърт у нас – за 2020 г. на тях се падат 61% от смъртните случаи, а от тях всеки трети смъртен случай е с причина „мозъчно-съдова болест“. През последните 10 години на мозъчните инсулти се падат около 1/5 от всички смъртни случаи: 19,9% през 2010 г. и 17,6% през 2020 г. (от тези случаи всеки шести-седми е

мъж, а всеки пети е жена). Годишно у нас се регистрират 82 398 случая на мозъчно-съдови заболявания, от които 35 311 случая на мозъчен инсулт (или 42%), като всеки пети завършва с летален изход (7 175 случая). Преживелите инсулт (28 136) получават различна степен на инвалидност (тежка за 10% от тях)¹⁰, което отрежда на страната ни „водещо“ място по национална оценка на тежестта от заболяването (България попада в групата страни с над 2710,4 DALYs на 100 000 души, видно на десния панел на фигура 1).

Широкото разпространение на посочените по-горе рисковите фактори са фундаментална причина за честотата и смъртността от заболяването и очертават трудната изходна ситуация за здравно-политически промени. Последните национални доклади – за здравето (МЗ, 2021) и за младежта (ММС, 2020), на риска за здравето (НЦОЗА, 2020), както и други общо представителни (ЕОHSP, 2019) и фокусни изследвания (Митев и кол, 2019 [Mitev, 2019]), очертават широк списък от фактори, значими за общественото здраве и в частност за водещите причини за заболявания и смъртност. Наред със социално-икономическите условия (бедност и материални лишения, доходи, условия на живот, публично финансиране на здравната система, ръст на децата изложени в риск), широко разпространени са рисковите фактори, свързани с разпространението на инсулт – тези с околната среда и с начина на живот. Всички изследвания се сходят в оценките си за ендемично високи равнища на разпространение на тютюнопушенето (при половината от младите хора, като този дял нараства с възрастта), употребата на алкохол (при 42% от младите хора) и наркотици, на ниска физическа активност (близо 60% от младите хора не спортуват), нездравословен модел на хранене, водещ до наднормено тегло и затлъстяване и др. Отчитаното смъкване на долната граница на проява на рисковите фактори не корелира със загриженост чрез конкретни политики от страна на обществото и образователните институции (ММС, 2020: 70). Здравната политика за борба с инсулта изисква широк спектър от съвместни и синхронизирани действия по седемте области от веригата на лечение и грижа за инсулта: първична профилактика – организация на инсултни услуги – лечение на остри инсулти – вторична превенция – рехабилитация – оценка на резултатите от инсулта – оценка на качеството и живота след инсулта.

(7) Какво да очакваме през следващите години? При запазване очертаните тенденции може да бъде прогнозиран показателя за стандартизирана смъртност. Два регресионни модела – за България и за ЕС, отместват напред времевите граници и дават възможност да се постави сравним маркер на последиците¹¹. При запазване на досегашните тенденции през следващите 10 години смъртността от инсулт в ЕС би следвало да намалее до 3 пъти до равнището 11-12‰, което съответства на общия подход и на целите на Европейския план

¹⁰ В Европа почти 1/3 от пострадалите от инсулт са инвалидизирани, със сериозни когнитивни увреждания и нарушено умствено състояние (ESO/SAFE, 2021)

¹¹ Данните за България позволяват да изгради модел на линейна регресия с параметри $Y = -3,0912X + 278,09$ при $R^2 = 0,861$ (регресионният коефициент е статистически значим; $\text{Sig.t}=5,216$). За ЕС: $Y = -2,1096X + 97,282$ при $R^2 = 0,9756$ (регресионният коефициент е статистически значим; $\text{Sig.t}=9,133$).

за борба с инсульта 2018-2030 г. (ESO/SAFE, 2021)¹². При запазване на съществуващите тенденции у нас и нарастване на дела на възрастното население у нас, за същия период, до 2030 г. бихме достигнали равнище на стандартизирана смъртност от 150‰. Раздалечаването на траекториите на екстраполираните процеси между нас и ЕС показват, че при запазване на обичайния подход у нас *сегашното* средно европейско равнище на смъртност от инсулт бихме могли да достигнем... едва в края на века.

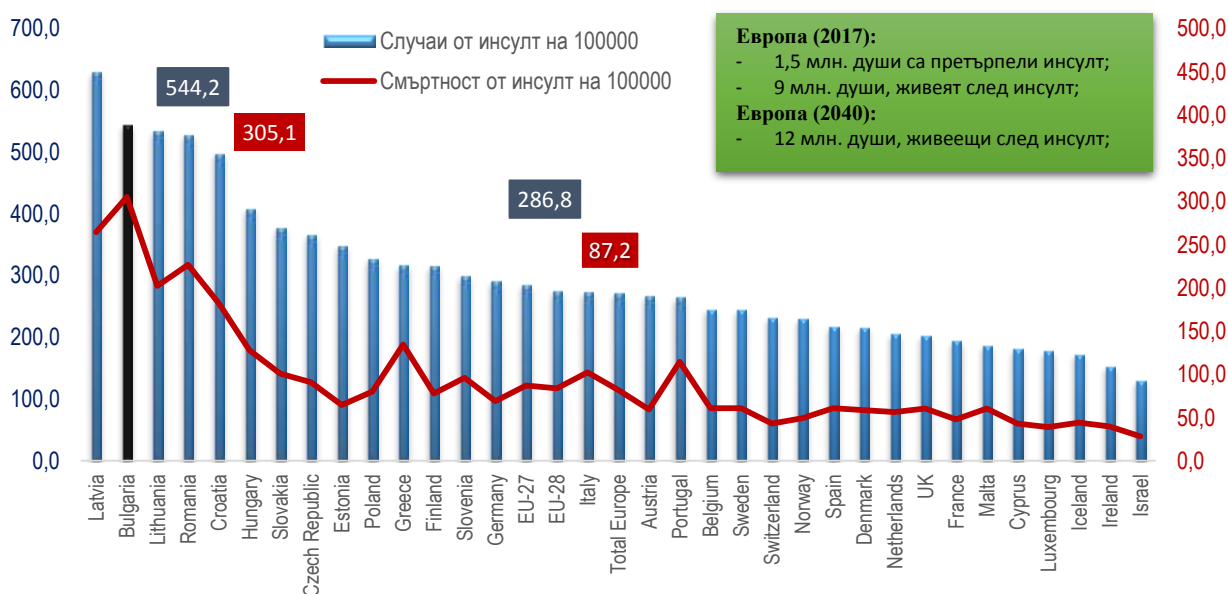
Прогнозите разпространението и тежестта на мозъчния инсулт, във всички посочени тук изследвания и обзори, са обезпокоителни и изискват промяна на здравните политики по целия процес на грижа за пациентите.

В глобална перспектива, разпространението на инсульта *ще се увеличи* (Gorelik, 2019). Според някои оценки то ще достигне до 23 милиона случая през 2030 г. и в следващите 10 години ще остане втората водеща причина за смъртност (Addo, et al., 2012) – повече в развиващите се страни и тези с нисък жизнен стандарт, и все по-често срещан сред по-младите хора. Това определя песимистичните прогнози за ръст на тежестта от заболяването, която в регионален план отчетливо дълбае границите на социално-икономическото разслоение.

На фона на увеличаването на броя на възрастните хора в региона на *Европа* (до 2030 г. броят на хората над 60 г. ще нарасне с 23% спрямо 2018 г.) и при запазване на „обичайния модел на работа“ (business as usual) тежестта на инсульта *няма да намалее* през следващите две десетилетия. Според проучване на Центъра за изследвания в областта на икономиката на здравеопазването при Оксфордския университет, което обхваща 32 Европейски държави се очаква случаите на инсулт да нараснат до 2035 г. с 35% и ще надхвърлят 2 милиона (при 1 459 хил. инцидента през 2017 г., вж. фигура 5) (Luengo-Fernandez, R., et al., 2020). Броят на хората, прекарвали инсулт ще нарасне от 9 млн. души през 2017 г. на 12 млн. души през 2040 г. или с 6% средногодишно.

¹² *Европейският план за борба с инсульта* (2018-2030 г.) е третата паневропейска инициатива (предходните две са от 1995 и 2006 г. в Хелзинборг, Швеция), начертана от Европейската организация по мозъчен инсулт (ESO) и Алианса за борба с инсульта в Европа (SAFE), която чрез съвместни усилия по цялата верига на грижи – от първичната профилактика до живота след инсульта, поставя 4 всеобхватни цели до 2030 г.: (1) намаляване на абсолютния брой на инсултите в Европа с 10%; (2) 90% от всички пациенти с инсулт да получат бързо и адекватно лечение, като първо ниво на грижи, в специализирано болнично звено; (3) управлението на процеса на национално ниво да става чрез национални планове, които обхващат цялата верига от грижи и (4) редуциране на индиректните рискове за инсулт (замърсена околна среда, социалноикономически аспекти, ниво на грамотност) чрез многосекторни стратегии в областта на общественото здраве. Планът предвижда общо 30 цели и 72 приоритета в 7-те области, като допълнителните две, включени от SAFE са тези за *първичната профилактика и живот след инсулт*. Последната се определя като най-неглижираната област на грижа в всички Европейски държави. България се присъедини към Европейския план на 08.12.2021 г.

Фигура 5: Случаи и смъртност от инсулт на 100 000 души по страни в Европа през 2017 г.

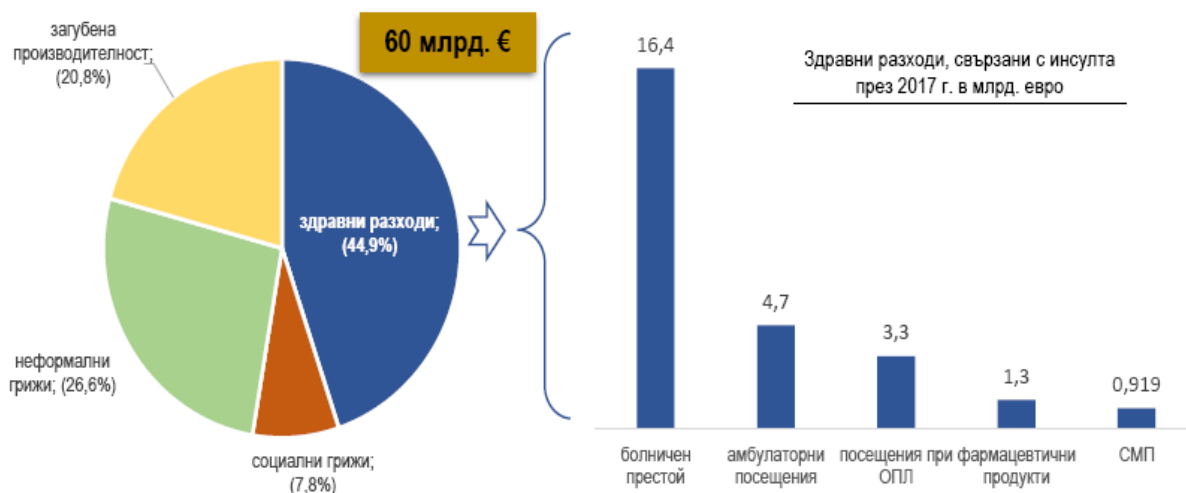


Източник: съставено по Luengo-Fernandez, R., et al., (2020), pp. 29-30

Сравнимите показатели отразяват на България водещо място в ЕС и в региона на Европа: (а) първи по смъртност от инсулт на 100 000 души в ЕС (305,1‰) и 3,5 пъти по-висока от средното за ЕС-27; (б) втори по честота на случаите на 100 000 (544,2‰), което е два пъти по-високо от средното за ЕС-27 и (в) втори по разпространение на заболяемите на 100 000 (2917,5‰), която е 1,7 пъти по-високо от средното за ЕС-27 (1725,5‰).

(8) Допълващ щрих в картината на заболяването са свързаните с него **икономически разходи**. Данните от GBD 2019 показват, че глобалните разходи за инсулт през 2017 г. възлизат на 891 млрд. US\$ или 1,12% от световния БВП (Feigin, et al, 2022). Разделителните линии в разпространението и тежестта от инсулт се подсилват от възможностите на отделните страни да насочват своите разходи в тази област. Според оценки на Американската асоциация по сърдечно-съдови заболявания само преките медицински разходи, свързани с инсулта ще нараснат до 183,13 млрд. US\$ през 2030 г. (Gorelik, 2019). Разходите за инсулт, направени през 2017 г. от 32-те страни, в изследването от Оксфордския университет, възлизат общо на 59,6 млрд.€, а за ЕС-27 те са 49,3 млрд.€ (Luengo-Fernandez, R., et al., 2020). В тази обща сума (вж. фигура 6) най-голям дял имат здравните разходи, които са 27 млрд.€ или 44,9% (2/3 от здравните разходи са за болничен престой). Малко над ¼ от общите разходи за инсулт са за неформални грижи, които семейството и приятелите са предоставили на пострадалите (15,7 млрд.€). Загубите от преждевременна смърт и инвалидност от инсулт (при 438 000 смъртни случая и 1,2 млн. души с инвалидност) се равняват на загуба от 12,5 млрд.€ или 20,8%. Прогнозите до 2040 г. предвиждат по-висок средногодишен ръст на общите разходи (от 6,5%) като се очаква те да нараснат за целия период с 26 млрд.€ и да достигнат 86 млрд.€ до края на периода.

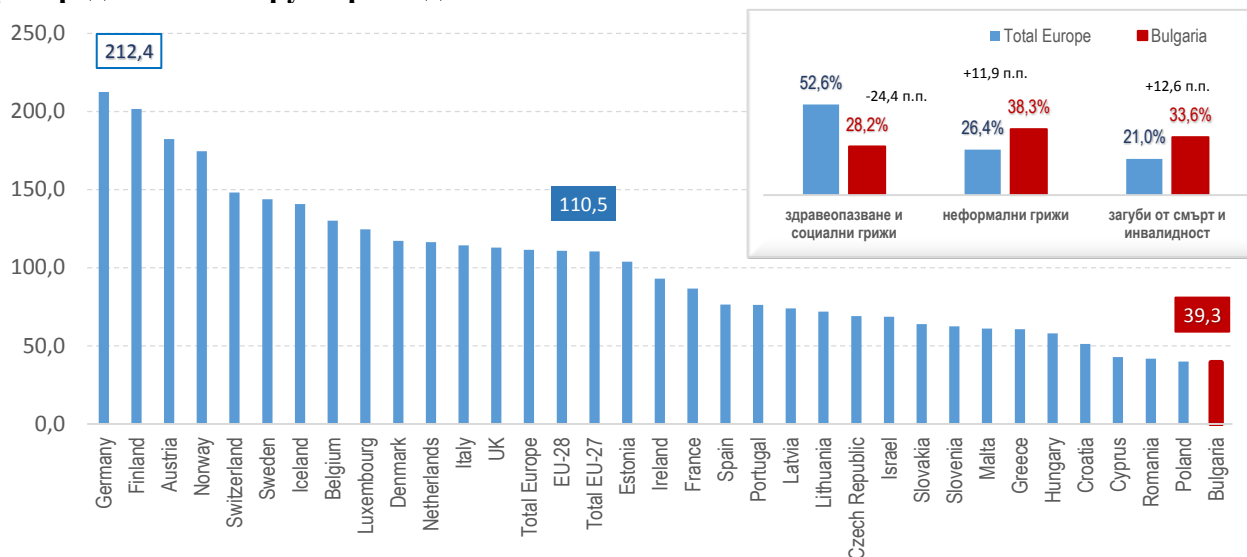
Фигура 6: Дял на разходите мозъчен инсулт в Европа и разпределение на здравните разходи, свързани с инсульта през 2017 г.



Източник: съставено по Luengo-Fernandez, R., et al., 2020

Данните сочат значителни разлики в разходите свързани с инсульта между страните в Европа. На петте страни с най-голямо население (Германия, Обединеното кралство, Франция, Италия и Испания) се падат 71% от общите разходи за инсулт. Средно за Европа делът на здравните разходи свързани с инсулт е 1,7%, като по-малко богатите страни харчат по-висок дял за това от здравните си бюджети.

Фигура 7: Разходи за мозъчен инсулт на глава от населението в Европа през 2017 г. и разпределение по групи разходи



Източник: съставено по Luengo-Fernandez, R., et al., 2020

Основният фактор за очаквания ръст на честотата на инсултите и съответно на разходите произтича от поведението на най-големия рисков фактор – възрастта на населението. При

прогнозен ръст на общото население в Европа от 4% до 2030 г., населението над 65 г. ще нарасне с 37%, а това над 85 г. – с 64%, което ще увеличи съответно за двете групи честотата на инсултите с 32% до 2035 г. и с 41% до 2040 г. (Luengo-Fernandez, R., et al., 2020: 42).

България остава с най-нисък дял на общите разходи за инсулт на глава от населението (вж. фигура 7) – през 2017 г. страната ни харчи близо 3 пъти по-малко от средното в ЕС-27. При най-нисък разход на човек, загубата на БВП у нас поради инсулт, измерен чрез показателя „разходи за инсулт като % от БВП“, е сред най-високите в Европа – на 2-то място, около 0,54% при средно за Европа 0,36% (Luengo-Fernandez, R., et al., 2020: 40). Данните позволяват да бъде съставен профил на разходите по групи, което очертава проблемните полета за здравната политика. Най-голяма е разликата с Европа при разходите за здравеопазване (вкл. посещения при лекар, болничен престой и лечение, лекарства и др.) и за социални грижи, за хора прекарвали инсулт. Това е решаваща част от системата за лечение на инсулт, отговорна за бързото (в рамките на един час) и адекватно лечение в специализирано болнично звено¹³. Недобре осигурената и организирана за лечение на инсултите здравна система прехвърля натиск и разходи за предоставяне на неформални грижи - при средно за Европа от 26,4% от общите разходи у нас те достигат най-висока стойност от 38,3% от общите разходи. Високата смъртност и инвалидизация в страната увеличават загубите на производителност, причинени от инсулт – тези загуби достигат 33,6% и са най-високите относителни загуби сред страните в Европа.

(9) Аналитичният обзор на разпространението и тежестта на заболяването, направен тук, не оставя място за съмнение за **приоритетите на здравната политика**. Усилията на правителствата (поне в по-богатите страни) са насочени преди всичко към осигуряване на широк и равен достъп на нуждаещите се чрез подобряване на организацията на инсултните услуги (в т.ч. спешната помощ), лечението на острите инсулти, и подкрепа на вторичната профилактика и рехабилитация. Здравната система остава в центъра на битката със заболяването. Но това не е достатъчно. Пренебрегнати остават области с нарастващо значение по „пътя на инсулта“ като например, подкрепата след инсулта – до 2035 г., живеещите с инсулт като хронично заболяване в ЕС ще нараснат с 1 млн. души, до 4,6 млн., което значително ще увеличи разходите за здравни и нездравни грижи. Разрастването на заболяването и неговата тежест превръщат инсулта не само в обект на здравната, но и на социалната, икономическата и образователната политика/и. Повдигането на нивото на инсулта „прелива“ в свързани области и го превръща в предмет на *хоризонтална* политика¹⁴.

¹³ Според друго изследване на Лондонския *King's College* делът на пациентите с инсулт в България, лекувани в специализирани звена през 2015 г. е под 10%, за разлика напр. с Швеция, където този показател достига 88% (Stevens, E., 2017: 24). В тази посока одобреният наскоро Национален план за възстановяване и устойчивост на Република България предвижда изграждане на 10 центъра за мозъчно-съдови заболявания из цялата страна, както и развитие на спешната медицинска помощ по въздух за предоставяне на спешна помощ в „златния час“. Според ESO/SAFE по-малко от 10% от пациентите в Европа стигат до болницата в рамките на 1 час от появата на симптомите.

¹⁴ Всеки конкретен проблем на политиките може да се разглежда в (посочените) отражения. Превръщането на секторна в хоризонтална политика е тема, която е отвъд рамките на това изследване. Примерът с инсулта насочва мислите ни да разгледаме посоченото „*преливане*“ като *принудителен* механизъм за трансформиране на секторни в хоризонтални политики. Вероятно е налице и обратен процес.

Редуцирането на риска от инсулт в индивидуален план, като резултат от устойчива поведенческа промяна, изисква силна обществена подкрепа, здравно огранотяване и превенция. Успехът на мерките в полето на първичната профилактика и информираността за рисковите фактори и фактите, свързани с инсулта са важен фактор за: (1) предотвратяване на появата на нови случаи и (2) бърза реакция на здравната система, което е решаващо за ефективното лечение. На основата на емпирични доказателства Ерик Донкор обобщава в свое изследване, че „разпознаването от страна на респондентите на кой да е от установените рискови фактори или предупредителни знаци за инсулт обикновено е *под 50%*“ (Donkor, 2018: 4). Информациоността за факторите и фактите за заболяването е обща платформа за успех на политиките за инсулта. И тъй като, както отбелязахме и по-горе, рисковите фактори за инсулт са такива и за други видове сърдечно-съдови заболявания, между тях има връзка (предполагане), те действат кумулативно, дори и *малка промяна в някой тях или в тяхното разпределение е от съществено значение за намаляване на честотата на инсултите, а от тук и на неговата тежест*. В този смисъл, знанието (в случая) за инсулта може да се разглежда като нематериален актив, който, както и при много други нематериални активи, притежава характеристиката мащабируемост и генерира мрежови ефекти. За да се мащабира ефектът от превенцията и информираността, противно на селектиращата логика, те трябва да обхващат не само тези лица и групи, които са изложени на риск, но и цялото население. Превенцията не може да работи или най-малкото няма да редуцира в достатъчна степен рисковите фактори ако тя е ограничена само в по-високите възрастови групи. Постигането на *контрол върху заболяването* изисква широко разгърнати и достъпни стратегии за първична превенция и комбинация от подходи сред цялото население. Това насочва вниманието ни към проучване на информираността за инсулта сред младите хора.

ЦЕЛ

На общия фон на „повдигане на нивото“ и огромното значение на първичната превенция и знание за рисковите фактори и фактите на всички етапи от развитието на заболяването тук целим да бъдат маркирани в най-общ план характеристики за информираността (и в частност на здравната грамотност) на младите хора (в целевата група на студентите от немедицинските специалности). Очакването е, че са налице слаби познания за рисковите фактори и за признаците за инсулт, които младите хора придобиват по случаен начин. Това изисква политиките за информираност да включват образователни програми и използване на цифрови технологии за комуникиране.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Проучването се основава на стандартизирана онлайн анкета сред 138 отзовали се студенти от три университета в столицата (при общ брой на електронно отправените покани 1030 или 13,4%). Основание за този избор е, че разпространението и влиянието на модифицируемите рискови фактори за инсулт са широко разпространени сред младите хора. Информациоността за рисковете и за признаците от инсулт са от изключително голяма важност още в младежка

възраст. Изводите за избраната целева група могат да служат за указател за дефицити в предходни степени на образователната ни система, както и за маркер (референт) спрямо други. В целевата група попадат студенти от втори и трети курс от немедицински специалности, доколкото студентите по медицина поради специализираното си образование и знания в тази област биха „изместили“ общата картина. Избрани са студенти от най-масовите професионални направления във висшето образование – „Икономика“ и „Администрация и управление“. Анкетата е проведена в периода 15.01.2022 – 31.01.2022 г.

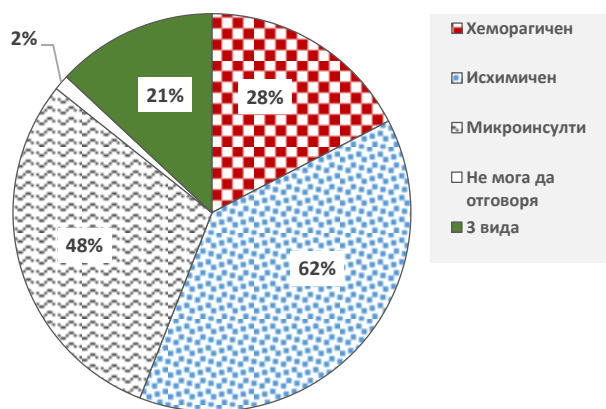
РЕЗУЛТАТИ

В данните са включени „портретни“ въпроси, чрез които може да се очертаят профили по социално-демографски признак, пол, възраст, местоживеене, самоопределяне на здравния статус. Поради начина на подбор целевата група е хомогенна по възрастов признак (всички са в диапазон от 21 до 25 г.) и с преобладаващ дял на жените (64% от всички респонденти), характерно за половата структура на студентите в избраните направления. Близко 71% от отговорилите респонденти са родени и живеят в столицата. Практически всички се самоопределят с отлично и много добро здравно състояние. Тези данни се използват като подкрепящи основните разрези, по които върви набирането на информация.

По-надолу представяме обобщени данни *по 4 направления*, свързани със заболяването: обща информираност, превенция, рискови фактори и комуникационни канали.

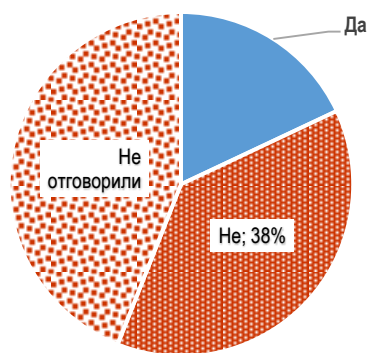
(а) Обща информираност за заболяването

Широкото разпространение на инсульта го прави *познато* за младите хора заболяване (вж. фигура 8). Не само като общо наименование на болестта, а и като видове. Може да се твърди, че няма респондент, който не е чувал за заболяването. Всеки пети е посочил като познати за него и трите основни вида инсулт. Този резултат не изглежда висок, но способността за най-общо видово диференциране може да служи за маркер (за равнище), съотносим спрямо равнището на познаване при други изследвани групи, за различни аспекти и факти свързани със заболяването. Почти 2/3 от респондентите са чували за исхемичен инсулт, което може да се обясни с това, този вид е най-често срещания мозъчен инсулт (както у нас, така и в глобален план). Микро инсултите са посочват от почти 1/2 от респондентите. Тъй като е възможно посочване на повече от един отговор, то най-често срещана комбинация е тази между двата най-често сочени като познати видове инсулт – при 58% или при 79 души от анкетираните.



Фигура 8: Колко вида инсулт познавате?

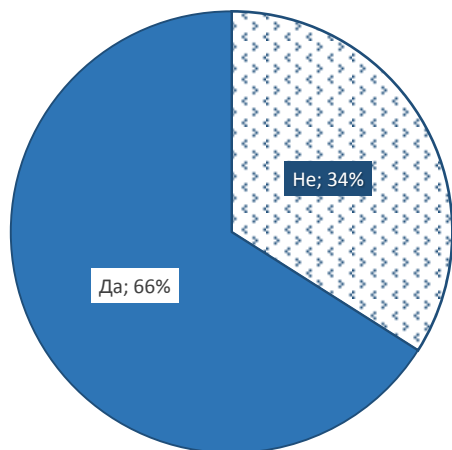
Забележка: Процентния сбор надвишава 100, тъй като са посочени повече от един отговори



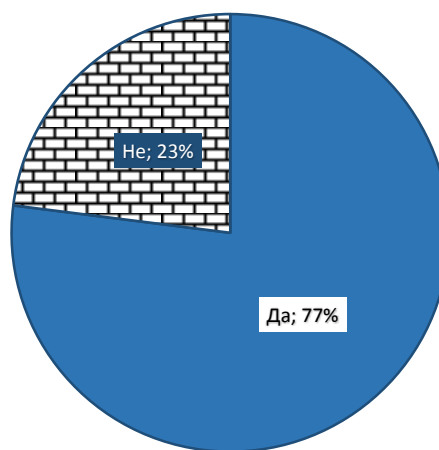
Фигура 9. Знаете ли, колко време продължават признаците при мозъчен инсулт?

Студентите, отзовали се на анкетата, имат само най-обща представа за заболяването доколкото въпросите свързани с неговата симптоматика и проявление показват най-често несигурност или незнание (вж. фигура 9). Един по-конкретен въпрос за времето, през което се проявяват признаците илюстрира пропорцията 80 – 20, но в полза на „незнаещите/не отговорилите“. Разпознаването на първите белези за инсулт (необходимо е регистриране на точния час) и на неговите предвестници (като главоболие, отпадналост, нестабилност, парализи и др.) са критично важни. Те са от решаващо значение за успеха на лечението – бърз транспорт в рамките на 2 часа от началото на инцидента до специализиран център/отделение за лечение на инсулт или най-близкото болнично заведение, което разполага с обучен персонал, инфраструктура и опит, което може да постави точната диагноза и да проведе диференцирано лечение. Забавянето на търсене на помощ, а значи и на започване на лечение или при недиференцирано (стандартно) лечение в случай на остър инсулт крие висок риск от трайна инвалидизация или фатален изход. Неинформираността относно опасността и симптоматиката на мозъчните инсулти е основна причина на популационно ниво от загуба на (доболнично) време. Намалването на загубите на доболнично време изисква бързо разпознаване на симптомите от самия пациент (по-рядко) или неговите близки.

Мозъчните инсулти възникват по всяко време. По-голямата част от анкетираните – 66% (вж. фигура 10) сочат, че инцидент може да се случи включително и по време на сън и покой.



Фигура 10. Може ли болният да получи инсулт, докато спи?

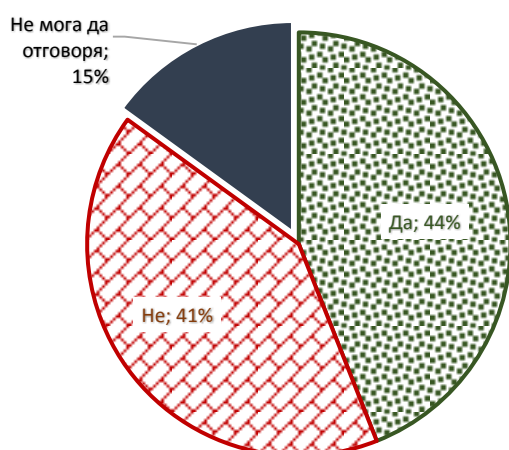


Фигура 11. Има ли значение възрастта при това заболяване?

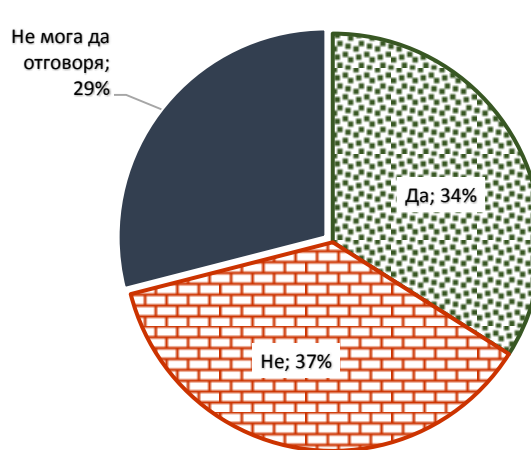
Преобладаващата част свързват заболяването с основния рисков фактор за него – възрастта (77% от респондентите). *Значението* на възрастта за заболяването се разглежда не само като определящ рисков фактор, но и в по-широк план, като време, през което хората са изложени на риск от комбинирано въздействие от метаболитни и поведенчески фактори (както посочихме и по-горе). Данните за 2020 г. показват, че над 50 години смъртността от мозъчен инсулт у нас нараства експоненциално (от 56,6‰ на 5102,6‰)¹⁵.

(б) Първична превенция за заболяването

Самооценката на знанията на респондентите за първичната превенция на заболяването е негативна и колеблива – общо 56% от анкетираните сочат, че не са запознати или не могат да отговорят.



Фигура 12. Запознати ли сте с първичната превенция на заболяването?



Фигура 13. Знаете ли, кои са първите признаци при съмнение за инсулт?

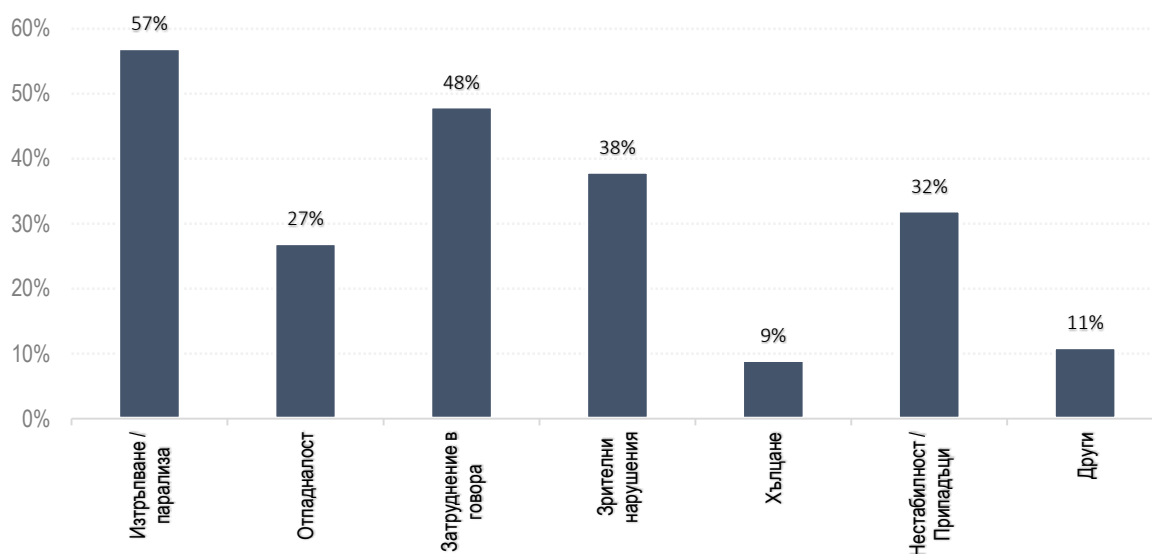
¹⁵ <https://nsi.bg/bg/content/3359/смъртност-по-причини-по-пол-и-възрастови-групи>

На индивидуално ниво първичната превенция на мозъчния инсулт включва знание и контрол върху основните метаболитни и поведенчески съдови рискови фактори: високи равнища на артериално кръвно налягане, кръвна захар и серумен холестерол, тютюнопушене, прекомерна консумация на алкохол, недостатъчна физическа активност, затлъстяване, диетични рискове. Информация за „здравословния начин на живот“ е практически достъпна до младите хора, което дава основание да смятаме, че общата осведоменост на респондентите е по-висока. Проблем представлява непознаването на влиянието на рисковите фактори върху заболяването и инцидентното (по повод на случай) сблъскване с необходимостта от информация за него. Прерастването на осведомеността в осъзнат избор и поведение (преодоляване на навици и изграждането на нови такива) изисква обществена подкрепа.

Друг аспект на проблема с повишаването на информираността, който се наслажда към данните и извода за първичната превенция на заболяването ни предоставя разпределението на отговорите за това, дали респондентите познават първите признаци за инсулт (вж. фигура 13). Малко над 1/3 от анкетираните сочат, че са запознати, още толкова се колебаят, а всеки 4-ти анкетиран заявява, че не познава предвестниците за инсулт. Това че над 2/3 от анкетираните не разпознават е резултат от липсата на информационни кампании и образователни програми които са основа за първичната превенция на инсулта.

Респондентите, отговорили положително на предходния въпрос формират пъстър профил на най-често срещаните и свързвани с инсулт симптоми (вж. фигура 14). Половината от тях посочват изтръпване (57%) и затруднен говор (48%), около 1/3 са посочилите признаци като зрителни нарушения (38%), нестабилност (32%) и отпадналост (27%).

Фигура 14. Посочете някои от симптомите на заболяването



Забележка: Процентния сбор надвишава 100, тъй като са посочени повече от един отговори

Посочените симптоми са сред най-често срещаните при инсулт. В преобладаващата част от отговорите анкетираните сочат комбинация на симптоми, в които ясно различими са двойката „нарушено зрение и нарушен говор“ и комбинирането на симптомите „парализа, нестабилност и отпадналост“.

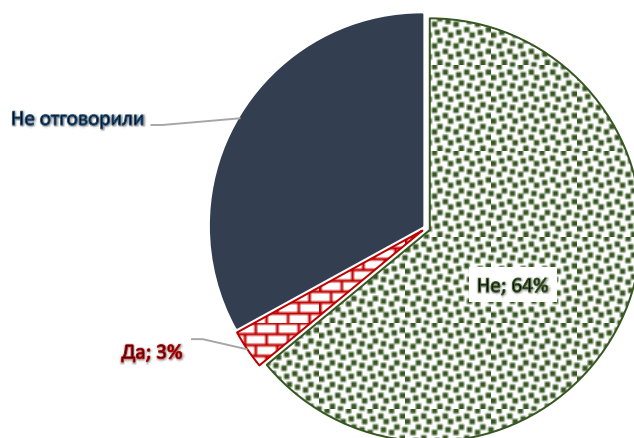
За да бъде ефективно използвано знанието за признаците за инсулт, те трябва да могат да бъдат операционализирани в достъпен, лесно приложим от неспециалисти инструмент за идентифициране на заболяването. Разпознаването на симптомите и бързата реакция помагат за ранното пристигане в болница за оценка на потенциалното лечение на инсулта. Такъв инструмент – „БЪРЗО“ тест (познат още като „лице-ръка-говор“ тест), е разработен през 1998 г. от група лекари в УК, работещи с пациенти с инсулт (вж. фигура 15).

Фигура 15. Алгоритъм за разпознаване на симптомите на инсулт (FAST/Бързо-тест)



Източник: Асоциация за инсулт и афазия, <https://stroke.bg/>

Фигура 16. Знаете ли какво е „БЪРЗО“ тест при съмнение за инсулт?



Едва 3% от анкетираните знаят за този валидиран инструмент за разпознаване на симптомите за инсулт (вж. фигура 16).

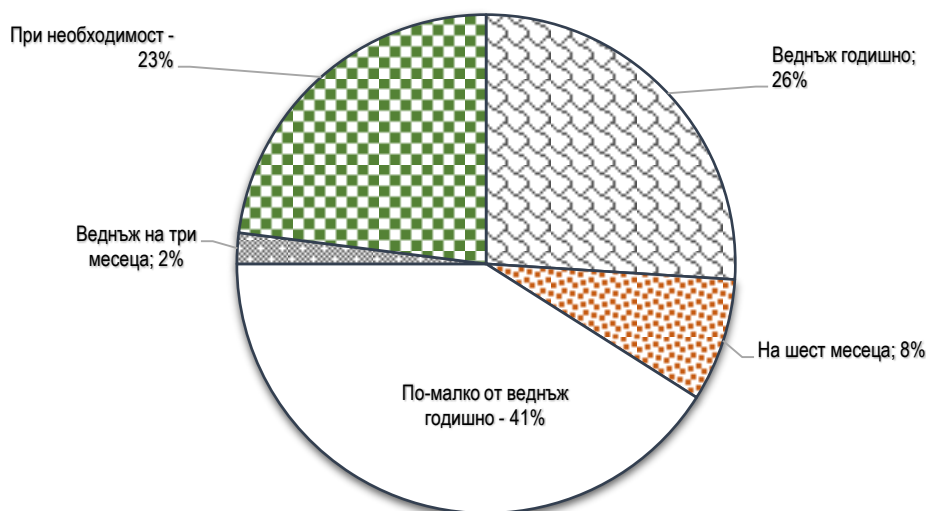
Данните в тази част от анкетното проучване показват висока степен на (системна) неинформираност за първичната превенция на заболяването и влияние на рисковите фактори върху него. Въпреки че провеждането на информационни и образователни кампании е в сравнителен план по-икономично отколкото свързаните с инсулта здравни и нездравни разходи по цялата верига на лечението, липсва обществен ангажимент чрез систематизирано обучение и образование.

(в) Разпространение на рисковите фактори

Информираността за рисковите фактори за инсулт очаквано би следвало да има отражение върху тяхното разпространение сред изследваната целева група. Както вече беше посочено разпространението на заболяването и бързо нарастващото бреме на инсултите в света все повече обхваща младите хора. Възрастта като най-силно определящия фактор интегрира в себе си натрупани през предходните години здравни, икономически и социални рискове.

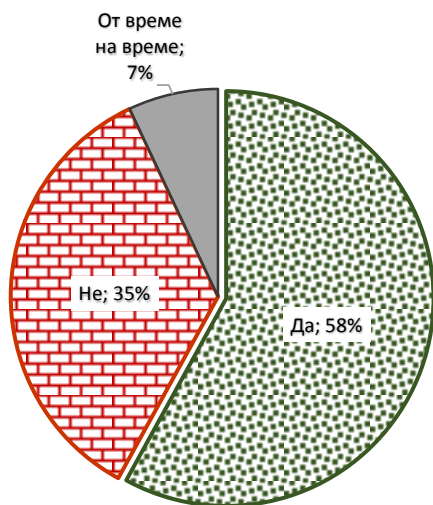
Първичната профилактика е израз на здравна грамотност и важна част от усилията на индивидуално и обществено равнище за промяна на стила на живот и контрол върху рисковите фактори. Преобладаващата част от анкетираните студенти имат висока самооценка на здравното си състояние, което е вероятно „подхранва“ разпространената практика на negliжиране на профилактиката – за това съобщават 41% от тях (вж. фигура 17). Към тази част от респондентите могат да се добавят и групата, която съобщава, че се обръща към общопрактикуващ лекар или специалист при възникнала необходимост (23%). Малко над $\frac{1}{4}$ са тези които провеждат регулярно профилактични прегледи, 89% от които са жени.

Фигура 17. Колко често провеждате профилактични прегледи?

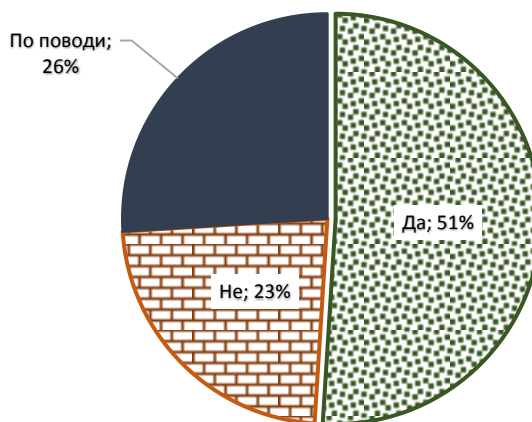


Редуцирането на разпространените с ред младите хора тютюнопушене (вж. фигура 18) и употреба на алкохол (вж. фигура 19), остават предизвикателства пред политиките, насочени към тях. Пропорционално делът на жените, които пушат е по-голям, като близо половината

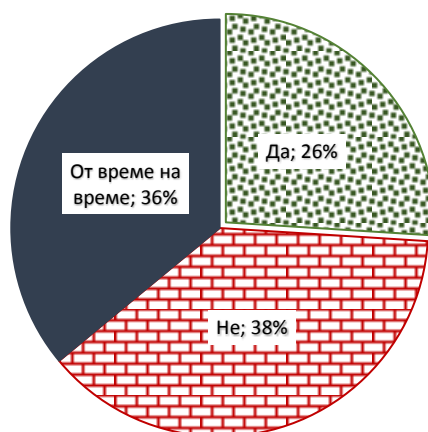
от тях пушат ежедневно. И двата фактора са дефинитивно свързани с повишен риск от исхемичен инсулт.



Фигура 18. Пушите ли?



Фигура 19. Употребявате ли редовно алкохол?



Фигура 20. Храните ли се здравословно с храни бедни на сол и наситени масти?

Здравословното и балансирано хранене, богатият прием на плодове и зеленчуци, и консумирането на риба се асоциира с понижен риск от инсулт. Според самооценката на $\frac{1}{4}$ от анкетираните студенти се хранят здравословно и консумират храни бедни на сол, с по-ниско съдържание на захар в преработените храни и безалкохолни напитки (вж. фигура 20)¹⁶. Може да се твърди (като се добавят и инцидентно практикуващите диети – 36%), че по-голямата част от респондентите проявяват внимание към начина си на хранене.

Може да се обобщи, че окуражаването на младите хора за изграждане на устойчиви нагласи и навици за здравословен начин на живот, здравословно хранене, намаляване на тютюнопушенето и употребата на алкохол са критично важни цели в политиките за инсулта.

¹⁶ Една от характеристиките в модела на хранене на българското население е високата употреба на готварска сол (НЦОЗА, 2020, 94).

(г) Комуникация

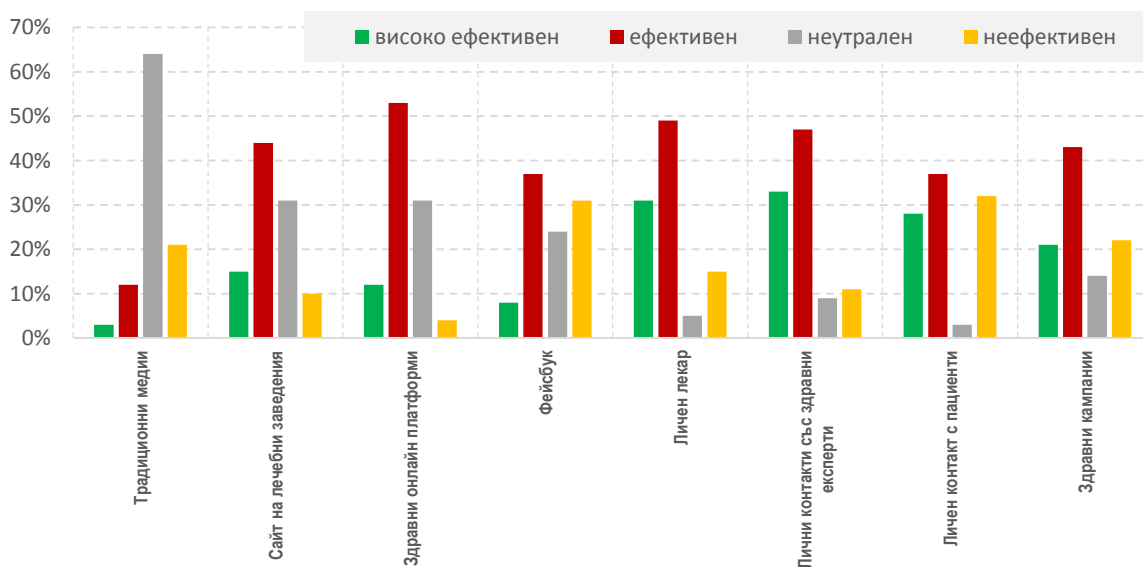
Решителната промяна в осведомеността може да стане факт само ако информационните, обучителните и образователни кампании използват комуникационните канали, използвани от младите хора. Фигура 21 показва кои са каналите за *здравно* информиране на младите хора (в проучваната целева група). Директната комуникация и личните контакти доминират в търсенето на здравна информация. Това е очаквано пред вид характера на здравните услуги, чието комуникиране изисква доверителни отношения, свързано е с несигурност и риск за здравето, поставя бариери в информационния обмен, изисква силна индивидуална въвлеченост на участниците. Данните показват, че младите хора получават в най-голяма степен информация от други пациенти (68%) и здравни специалисти (61%), което може да се интерпретира и като своеобразен предпазващ механизъм срещу присъщата несигурност и риск на здравния сектор. Официалните здравни кампании и традиционните медии, в които младите хора са обект на комуникация са практически извън техния поглед, което обяснява и защо те нямат успех сред тях. Може да се твърди, че официалната информация, предоставяна от сайтове на лечебни заведения, онлайн здравни платформи е по-търсена отколкото такава в социалните мрежи (което е разбираемо пред вид личния характер на здравната информация).

Фигура 21. Как получавате необходимата ви здравна информация?



Потвърждение на тези изводи намираме в оценките за ефективността на комуникационните канали. Недоверието (и отхвърлянето) на традиционните медии е факт в оценъчния баланс „високоефективен/ефективен спрямо неефективен“ (съответно 15% към 21%). С най-голямо превишение на позитивните оценки се оценяват личните контакти с здравни специалисти, личните лекари и електронните здравни платформи. Въпреки високото търсене на информация от други пациенти, този канал не е с най-висока степен на ефективност.

Фигура 22. Как оценяват комуникационните канали, по които получават здравна информация?



Може да се обобщи, че кампаниите за информиране за инсулт следва да търсят по-пряк път до младите хора и да комбинират различни информационни канали.

ОБСЪЖДАНЕ

Направеният тук анализ систематизира най-нови данни за състоянието, мащабите и тенденциите в развитието на инсульта в световен, европейски и национален план. На основата на достоверни научни източници и публикации са обобщени ключови аспекти от оценката на заболяването: разпространение, заболяемост, смъртност и тежест на заболяването, разпределение по региони, основни рискови фактори, социоикономически статус, „икономическа цена“/ разходи. Това позволява да бъде сглобена цялостна картина на заболяването, което е основа за ефективни здравни политики. Мащабите и последиците от проблема изискват наднационални решения и координация, политически и законодателни промени, нарастващо държавно финансиране, сътрудничество между всички заинтересовани страни и координирани стратегии на популационно и индивидуално равнище.

Инсултът е заболяване с огромно значение за общественото здраве и със сериозни здравни, икономически и социални последици, които в световен план, но особено отчетливо за отделни региони и страни, повдигат вълната на нова „хуманитарна катастрофа“. България е сред тях. Данните показват, че ние сме сред страните с най-голяма тежест от заболяването, сред първите 10 в света по смъртност от инсулт и на първо място в Европейския съюз, с най-нисък дял на общи и здравни разходи за мозъчен инсулт на глава от населението, неефективни програми за профилактика и превенция, недобра организация на инсултните услуги. Тази „макрорамка на инсульта“ залага неблагоприятни тенденции, раздалечаващи ни от Европа. Те могат да бъдат коригирани на основата на преосмисляне на приоритетите на здравната политика. На основата на *Европейския план за борба с инсульта 2018-2030 г.*

(ESO/SAFE, 2021) и разработената от *Stroke Experts Collaboration Group* пътна карта за превенцията на инсульта в световен мащаб (Owolabi M., et, al., 2021), тук маркираме някои приоритетни насоки и мерки за здравната политика у нас.

- Изработването на *национален план за борба с инсульта*, който да консолидира усилията на всички заинтересовани страни и който предвижда реалистични, и ресурсно осигурени мерки по целия път на инсульта е задължително условие за успех в тази област. Макар и три години след неговото приемане през декември 2021 г. България се присъедини към Европейския план за борба с инсульта, който ще бъде методологичната рамка за националния здравно-политически инструмент. В приетия в началото на м. април 2022 г. Национален план за възстановяване и устойчивост се предвиждат инвестиции в размер на 128,5 млн. лв. за създаването на 10 „stroke” центъра (МС, 2022: 238-239)¹⁷.

- Ключово решение на нарастващото бреме на инсултите е *предотвратяването на нови случаи*. Това изисква дългосрочно и устойчиво *повлияване на рисковите фактори*, чрез работещи решения за първична профилактика и превенция, и то от ранна възраст, промяна в стила на живот, което не може да бъде постигнато без силна и консолидирана обществена подкрепа. Прилаганите програми за първична превенция на инсульта и на сърдечно-съдовите заболявания (както и в световен план) са съсредоточени върху индивидуалните рискови фактори, не се прилагат широко, на популационно ниво и са недостатъчно ефективни. Необходим е многостранен подход и критичен преглед на съществуващите стратегии за първична превенция. Паневропейският консенсус добави две нови области на мерки – първична профилактика и живот след инсулт, без които постигането на контрол върху заболяването е невъзможно в дългосрочен план. Тъй като много от рисковите фактори за инсулт са такива и за сърдечно-съдовите заболявания, и за други незаразни болести комбинирането на мерките в различните програми ще се отрази върху мащабирането на позитивните последици и устойчивостта на ефектите. Новият подход към решаването на национални проблеми следва да се опира на интегрирането на стратегии (популационни и целеви) за първична превенция с такива, насочени към превенция на други незаразни болести.

- В контекста на намаляването на влиянието на рисковите фактори в дългосрочен аспект е доказано, че *превантивните интервенции са най-рентабилните* (Owolabi M., et, al., 2021: 77). Това изисква преосмисляне и реструктуриране на разходите за инсулт в посока към първична профилактика на цялото население през целия живот като част съгласувани стратегии за ограничаване на тютюнопушенето, за здравословно хранене, намаляване на диабета и др.под. Казано с други думи, инсултът е водещ проблем на общественото здравеопазване и за неговото решаване са нужни *политически и законодателно подкрепени*

¹⁷ Лечението мозъчно-съдови заболявания в България е здравен приоритет. За тази цел Планът предвижда инвестиции, чрез които до 2025 г. да бъде създадена национална мрежа от високотехнологични мозъчно-съдови диагностични и лечебни центрове („stroke” центрове). Десетте високотехнологични центъра за интервенционална диагностика и ендоваскуларно лечение на мозъчно-съдови заболявания ще бъдат създадени в университетски многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ на територията на 6 региона по NUTS2 и ще покриват цялата територия на страната.

общодържавни стратегии за първична превенция (общонационални мерки за ограничаване на тютюнопушенето, Честотата на инсултите и на сърдечно-съдовите заболявания корелира тясно с по-продължителното излагане на населението на рисковите фактори. Налице са убедителни данни, които доказват, че с прилагането на популационни стратегии за превенция може да се предотвратят 50-90% от случаите на инсулт (за разлика от стратегиите, прилагани към лица с висок риск, които могат да предотвратят около 11%).

- Основното предизвикателство за намаляване на рисковите фактори чрез общодържавни решения (в този смисъл борбата с инсулта е част от хоризонтални политики) е последователно и конструктивно сътрудничество между правителствата, бизнеса, медицинските специалисти, НПО, здравната индустрия, гражданите. Това изисква ясно „разпределяне на отговорностите“: *правителствените органи* са отговорни да предоставят адекватни здравни услуги, които да обхващат и първичната профилактика, да подобряват социално-икономическите условия, да намалява неравенствата, да подобрява условията за начина на живот; *здравната система* – да идентифицира и управлява рисковите фактори; *правителствените и неправителствените организации* – непрекъснато обществено здравно информиране, обучение и образование. Приоритет трябва да имат стратегиите, които обхващат цялата популация които освен медицинските рискови фактори обхващат и социалните детерминанти на здравето, които са от решаващо значение за ефективната първична профилактика на инсулта.

- Наред с кампаниите за обществено здраве, повишаването на информираността и здравната грамотност са от значение. Прилагането на модерни технологични решения за мобилно здраве (mHealth) и цифрови здравни технологии дават възможност да се развият индивидуално базирани стратегии за превенция на инсулта. Технологиите за мобилни телефони осигуряват персонален контрол и мотивация, особено подходяща за младите хора. Такова решение е валидираното безплатно приложение за мобилни телефони *Stroke Riskometer*, което е преведено на български език (<https://stroke.bg/>).¹⁸ Популяризирането на валидизирани инструменти за разпознаване на симптомите на инсулта (FAST test) ще даде възможност за идентифициране на инсулта, скъсяване на времето за реакция до център за спешна помощ и болница (център за лечение на инсулт)¹⁹.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изследването систематизира актуални научни резултати за нарастване на честотата, разпространението и тежестта от инсулта в дългосрочен план. Картината на заболяването у нас и прогнозите за следващата декада показват, че за страната ни инсултът е основен проблем на общественото здравеопазване. Данните за света показват, че заболяването се

¹⁸ Приложението се използва на 19 езика в 78 държави. Освен за масова употреба приложения са разработени и за здравни специалисти – *PreventS*.

¹⁹ Световният ден за борба с инсулта през 2021 г. бе посветен на кампанията „Безценно време“. Значението на навременното започване на лечението се отбелязва от Препоръките на WSO, където се отбелязва, че „времето е мозък“.

превръща в съвременна хуманитарна катастрофа, която изисква бързи, решителни и координирани мерки в световен и национален план. Справянето с тази катастрофа изисква промени в здравните политики по целия път на инсулта, с приоритет на осведомеността и превенцията на популационно равнище. Контрол върху рисковите фактори може да бъде постигнат при цялостно преосмисляне и реструктуриране на здравните приоритети.

БИБЛИОГРАФИЯ

Веков, Т., П. Салчев, С. Джамбазов, Е. Велчовски. (2022). Икономика на здравеопазването. Български кардиологичен институт. Под ред. на проф. Т. Веков, 2-ро преработено и допълнено издание [Vekov, T., P. Salchev, S. Dzhambazov, E. Velchovski. (2022). Ikonomika na zdraveopazvaneto. Balgarski kardiologichen institut. Pod red. na prof. T. Vekov, 2-ro preraboteno i dopalнено издание]

Велева, Р. (2022). Класически и съвременни възгледи за бедността. *Икономически и социални алтернативи*, брой 1/2022, София: ИК - УНСС, с. 14-26, DOI: <https://doi.org/10.37075/ISA.2022.1.02> [Veleva, R. (2022). Klasicheski i savremenni vazgledi za bednostta. Ikonomicheski i sotsialni alternativni, broj 1/2022, Sofia: IK - UNSS, s. 14-26, DOI: <https://doi.org/10.37075/ISA.2022.1.02>]

Георгиева, Л. (2018). Глобално здраве. МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“, ИК „Стено“ [Georgieva, L. (2018). Globalno zdrave. MU „Prof. d-r Paraskev Stoyanov“, IK „Steno“]

ЕОHSР. (2019). State of Health in the EU. България: Здравен профил на страната 2019 г., European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2019 [EOHSP. (2019). State of Health in the EU. Bulgaria: Zdraven profil na stranata 2019 g., European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2019]

ЕSO/ЕОМI. (2008). Принципи за лечение на мозъчен инсулт. Българско дружество по неврология [ESO/EOMI. (2008). Printsipi za lechenie na mozachen insult. Balgarsko druzhestvo po nevrologia]

ЕSO/SAFE. (2021). Европейски план за борба с инсулта 2018-2030 г. (<https://actionplan.eso-stroke.org/resources/available-downloads/>) [ESO/SAFE. (2021). Evropeyski plan za borba s insulta 2018-2030 g. (<https://actionplan.eso-stroke.org/resources/available-downloads/>)]

МЗ. (2021). Годишен доклад за 2020 г. за състоянието на здравето на гражданите и окончателна оценка на изпълнението на Национална здравна стратегия 2020 г. С. [MZ. (2021). Godishen doklad za 2020 g. za sastoyaniето na zdraveto na grazhdanite i okonchatelna otsenka na izpalneniето na Natsionalna zdravna strategia 2020 g. S.]

МС. (2022). Национален план за възстановяване и устойчивост на Република България.

[file:///D:/0%20BOX/12%20%D0%9F%D1%83%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20%D0%9F%D0%9Fbg/BG%20FinalRRP%202022-04-06-08-30%20\(-TCA-\).pdf](file:///D:/0%20BOX/12%20%D0%9F%D1%83%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20%D0%9F%D0%9Fbg/BG%20FinalRRP%202022-04-06-08-30%20(-TCA-).pdf) [MS. (2022). Natsionalen plan za vazstanovyavane i ustoychivost na Republika Bulgaria. [file:///D:/0%20BOX/12%20%D0%9F%D1%83%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20%D0%9F%D0%9Fbg/BG%20FinalRRP%202022-04-06-08-30%20\(-TCA-\).pdf](file:///D:/0%20BOX/12%20%D0%9F%D1%83%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20%D0%9F%D0%9Fbg/BG%20FinalRRP%202022-04-06-08-30%20(-TCA-).pdf)]

Митев, П.-Е., Б. Попиванов, С. Ковачева, П. Симеонов, (2019). Българската младеж 2018/2019, ФФЕ, С., 2019 (<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/sofia/15287.pdf>) [Mitev, P.-E., B. Popivanov, S. Kovacheva, P. Simeonov, (2019). Bългарската младеж 2018/2019, FFE, S., 2019 (<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/sofia/15287.pdf>)]

- Popivanov, S. Kovacheva, P. Simeonov, (2019). Balgarskata mladezh 2018/2019, FFE, S., 2019 (<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/sofia/15287.pdf>)]
- ММС. (2020). Годишен доклад за младежта 2019 г. С., 2020 (http://mpes.government.bg/Documents/Documents/Reports/2020/God_Doklad_Mladej_2019.pdf) [MMS. (2020). Godishen doklad za mladezhata 2019 g. S., 2020]
- НЦОЗА (2020). Национално изследване на факторите на риска за здравето сред население на възраст 10-19 г. и над 20 г. МЗ, НЦОЗА, 2020 [NTsOZA (2020). Natsionalno izsledvane na faktorite na riska za zdraveto sred naselenie na vazrast 10-19 g. i nad 20 g. MZ, NTsOZA, 2020]
- Танев, Т. (2008). Анализ на публичните политики. С., „Военно издателство“ [Tanev, T. (2008). Analiz na publichnite politiki. S., „Voenno izdatelstvo“]
- Томова, Т. (2021). Процесът на политиките: управление, основано на стесненията. УИ „Св. Климент Охридски“ [Tomova, T. (2021). Protsesat na politikite: upravlenie, osnovano na stesneniyata. UI „Sv. Kliment Ohridski“]
- Addo, J., Ayerbe, L., Mohan, K., at all. (2012). Socioeconomic Status and Stroke: An Updated Review. *Stroke*. 2012; 43: 1186 – 1191, DOI: 10.1161/STROKEAHA.111.639732 <http://stroke.ahajournals.org/content/43/4/1186>
- Cox, A., McKeivitt, C., Rudd A., Wolfe C. (2006). Socioeconomic status and stroke, *Lancet Neurology*, 2006, Vol. 5 (2), 181-188, ([https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(06\)70351-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70351-9))
- Donkor E. S. (2018). Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke research and treatment*, 2018, 3238165 <https://doi.org/10.1155/2018/3238165>
- Feigin, V., Brainin, M., Norrving, B., et all. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*. 2022, Vol. 17 (1), 18-29, <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- GBD 2019 Stroke Collaborators (2021) Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurology*, 20: 795–820
- Gorelick, Ph. (2019). The global burden of stroke: persistent and disabling. *Lancet Neurology*, 18(5), 417-418, [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30030-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30030-4)
- Hoffmann, R., Kröger, H., Pakpahan, Ed. (2018). Pathways between socioeconomic status and health: Does health selection or social causation dominate in Europe? *Advances in Life Course Research*, 36 (2018), 23–36
- Luengo-Fernandez, R., Candio, P., Violato, M., Leal, J. (2020). At What Cost. The Economic Impact of Stroke in Europe. Research. University of Oxford, 2020 (https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2020/10/03.-At_What_Cost_EIOS_Full_Report.pdf)
- Mathers C.D., Loncar D. (2006) Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11): e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- Marshall, I. J., Wang, Y., Crichton, S., McKeivitt, C., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2015). The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes. *Lancet Neurology*, 14(12), 1206-1218, [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00200-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00200-8)
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., et al. (2021). Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. *European Stroke* <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>

Owolabi M.O., Thrift A.G., Mahal. A, et al. (2021). Primary stroke prevention worldwide: translating evidence into action. *Lancet Public Health* 2021: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00230-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00230-9)

Ritchie H., Roser, M. (2022). Causes of Death. *Published online at OurWorldInData.org*. 2022 Retrieved <https://ourworldindata.org/causes-of-death>

Stevens, E., Emmett, E., Wang, Y., McKeivitt, Ch., Wolfe, Ch., (2017). The Burden of Stroke in Europe. The Challenge for Policy Makers, King's College, London (<https://strokeeurope.eu/burden-of-stroke-report-launched-in-eu-parliament/>)

WHO. (2021). World Stroke Day 2021 launches the Precious Time Campaign (<https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2021-world-stroke-day-2021-launches-the-precious-time-campaign>)

ИКОНОМИКА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО / ECONOMICS OF HEALTHCARE

ИКОНОМИЗАЦИЯ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО - НЕОБХОДИМИЯ БАЛАНС МЕЖДУ ПАЗАРНИ ОТНОШЕНИЯ И ДЪРЖАВНА РЕГУЛАЦИЯ

Тихомира Златанова¹, Цветелина Петрова-Готова², Румяна Янева³, Николай
Попов,⁴ Медицински университет - София

Резюме

Преходът към пазарна икономика у нас постави силен отпечатък върху развитието на здравеопазването и условията, в които то функционира. В статията са представени трите основни направления на промените в здравната система: формирането на пазарни отношения, структурните промени и промените в управлението. Здравеопазването е разгледано не само като разход, но и като инвестиции, натрупване на ресурси, създаване на работни места и т.н., което го определя като важен икономически фактор за развитието на регионите и обществото. Анализирани са основните разлики при системата на бюджетното финансиране и системата на здравното осигуряване. Независимо от вида и

¹ Тихомира Златанова, професор в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Магистър по медицина, втора магистратура по „Обществено здраве и здравен мениджмънт“, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобити специалности по „Икономика на здравеопазването“, „Социална медицина“, „Обща медицина“. Председател на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“. Председател на Националното сдружение по здравна политика и мениджмънт. Заместник ректор по учебната дейност на МУ-София 2017-2020, Ръководител катедра „Икономика на здравеопазването“ 2013-2021.

² Цветелина Петрова-Готова, професор в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Магистър по „Международни икономически отношения“ от УНСС, втора магистратура „Обществено здраве и здравен мениджмънт“ от МУ-София, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобита специалност „Икономика на здравеопазването“. Член на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“. Заместник председател на Общото събрание на ФОЗ.

³ Румяна Янева, доцент в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Възпитаник на МУ-София. Магистър по „Обществено здраве и здравен мениджмънт“, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобита специалност „Икономика на здравеопазването“. Член на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“.

⁴ Николай Попов, професор в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Магистър по „Горско стопанство“ от Лесотехнически университет - София, втора магистратура „Обществено здраве и здравен мениджмънт“ от МУ-София, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобити специалности „Икономика на здравеопазването“ и „Медицинска информатика и здравен мениджмънт“. Председател на държавната изпитна комисия за специалност „Медицинска информатика и здравен мениджмънт“. Член на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“. Ръководител катедра „Икономика на здравеопазването“.

начина на финансиране на здравеопазването стигаме до извода, че на здравето на населението трябва да се гледа не като на съпътстващ продукт на благоденствието, а като на инвестиция в бъдещ икономически растеж.

Ключови думи: пазар, здравеопазване, финансиране, инвестиции, здраве

ECONOMIZING HEALTHCARE - THE NECESSARY BALANCE BETWEEN MARKET RELATIONS AND GOVERNMENT REGULATION

Tihomira Zlatanova⁵, Tsvetelina Petrova-Gotova⁶, Romyana Yaneva⁷, Nikolay Popov⁸,
Medical University - Sofia

Abstract

The transition to a market economy in our country has left a strong mark on the development of healthcare and the conditions under which it operates. In this article the three cardinal tracks of the changes in the healthcare system - the forming of market relations, structural changes, and changes in management – are presented. Healthcare is considered not only in terms of cost, but also in terms of investment, building up resources, job creation, etc. This defines it as an important economic factor in the development of the country's regions and society. The primary differences between the funding system and the health insurance system are analyzed. Independently from the type and manner of funding healthcare, we reach the conclusion that the health of the population shouldn't be treated as a byproduct of prosperity, but as an investment in future economic growth.

Key words: market, healthcare, finance, investment, health

⁵ Tihomira Zlatanova, Professor at the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD", Medical University - Sofia. Master of Medicine, second master's degree in Public Health and Health Management, Doctor of Science in Social Medicine and Organization of Healthcare and Pharmacy. He has acquired specialties in "Health Economics", "Social Medicine", "General Medicine". Chairman of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics". Chairman of the National Association for Health Policy and Management. Vice Rector for Academic Affairs of MU-Sofia 2017-2020, Head of the Department of Health Economics 2013-2021.

⁶ Tsvetelina Petrova-Gotova, Professor at the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, Dsc ", Medical University - Sofia. Master's degree in International Economic Relations from the University of National and World Economy, second master's degree in Public Health and Health Management from the Medical University of Sofia, PhD in Social Medicine and Organization of Healthcare and Pharmacy. She has acquired in "Health Economics". Member of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics". Deputy Chairman of the General Assembly of the Faculty of Public Health.

⁷ Romyana Yaneva, Associate Professor in the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, Dsc", Medical University - Sofia. A graduate of MU-Sofia. Master's degree in Public Health and Health Management, PhD in Social Medicine and Organization of Healthcare and Pharmacy. She has acquired a specialty in "Health Economics". Member of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics".

⁸ Nikolay Popov, Professor at the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, Dsc", Medical University - Sofia. Master's degree in "Forestry" from the University of Forestry - Sofia, second master's degree in "Public Health and Health Management" from MU-Sofia, PhD in Social Medicine and organization of health and pharmacy '. He has acquired the specialties "Health Economics" and "Medical Informatics and Health Management". Chairman of the State Examination Commission for the specialty "Medical Informatics and Health Management" Member of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics". Head of the Department of Health Economics.

ВЪВЕДЕНИЕ

Радикалните политически и икономически промени от началото на 90-те години, които се извършиха в страните от Централна и Източна Европа, имаха за цел да осигурят преход към демокрация и пазарна икономика и да утвърдят нови обществени ценности и отношения.

Преходът към пазарна икономика у нас постави силен отпечатък върху развитието на здравеопазването и условията, в които то функционира.

Здравната система е нито изцяло икономическа, нито изцяло социална система. Повечето лечебни и превантивни здравни услуги се разбират на първо място като социално благо и осигуряването му за всеки индивид е фундаментална полза за обществото под формата на по-висок жизнен стандарт и по-голямо социално сближаване. Това предопределя концептуалното разбиране за характера на здравните услуги, които не се схващат като нормални пазарни стоки и продукти, предоставени с цел получаването на печалба.

През последните години се наблюдава трайна тенденция за комерсиализиране и меркантилизиране на процесите на оказване на медицинска помощ в световен мащаб. Неотчитането на тези обективни процеси, липсата на адекватни анализи и оценки на генезиса и последиците от тях имат като следствие възникването на редица проблеми, които рефлектират върху удовлетвореността на пациентите и качеството на здравните грижи (Министерство на финансите: 35).

ПРОМЕНИ В ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Преходът към пазарна икономика у нас постави силен отпечатък върху развитието на здравеопазването и условията, в които то функционира.

Промените в здравната система се осъществяват и ще продължат да се осъществяват в три направления, които са взаимно свързани (Иванов, Големанова, 2005):

1. Икономически промени, при които се формират **пазарни отношения** на базата на автономността на три пазарни субекта: “потребител” на здравни услуги /граждани, пациенти/, “производител” на здравни услуги /лекар, здравно заведение/ и “посредник” /купува здравните услуги от производителя и ги предоставя на потребителя при определен финансов режим/. Отношенията между автономните пазарни субекти се уреждат на основата на договори, регламентирани от Закона за здравното осигуряване и в съответствие със Закона за задълженията и договорите. Отношенията между автономните пазарни субекти в здравеопазването включват и възможността за определяне и регулиране на цените на здравните услуги, както и възможността за развитие на конкуренция между производителите на здравни услуги. Конкуренцията е най-мощния пазарен фактор и стимул за развитие и винаги е в интерес на потребителя.

2. **Структурни промени** – предназначени да осигурят структурата на здравната мрежа, която да съответства на потребностите на гражданите, създадените икономически отношения и наличните ресурси на здравеопазването.

Основно значение тук има промяната в структурата на собствеността. Необходимо условие за балансирането и устойчивото развитие на здравеопазването е премахването на монопола на публичната собственост на здравни услуги /държавна и общинска/ и равнопоставеното участие в здравната система на частната собственост.

3. **Промени в управлението** – основната тенденция е – децентрализацията и деконцентрацията, т.е. засилване правомощията на по-ниските управленски равнища. Регулирането на процесите в здравеопазването до голяма степен се извършва чрез пазарните механизми и икономическото управление, които изместват администрирането. При тяхното развитие съществено значение има прилагането на договорните отношения между изпълнителите на медицински услуги и финансиращите органи. Маркетизирането на здравеопазването чрез създаване на нормативно регулиран пазар и вътрешна конкуренция е от значение за повишаване на качеството на медицинската помощ.

Независимо от проблемите, здравеопазването продължава да бъде един от растящите сектори на икономиката в България. Именно в здравните услуги се срещат най-високите технологии, най-новите научни изобретения, най-добрите умения на лекари, медицински екипи, фармацевти и специалисти. България може да разчита на здравния сектор като на значим двигател на икономиката, доказателство, за което са многобройните примери за успешни инвестиции в здравния сектор, за производство на лекарства, клинични изпитвания, за обучение и развитие.

Промяната в българското здравеопазване започна през 1997 г., като една от целите на реформата е финансирането на системата да се промени от бюджетно в здравноосигурително, в резултат на което е създадена и Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Реформите включват приемането на Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина (1995 г.), Закон за здравното осигуряване (1998 г.), Закон за лечебните заведения (1999 г.) и Закон за здравето (2005 г.). Въпреки това процесът на реформа в България често е критикуван като лишен от цялост, непоследователен и характеризиращ се с противоречиви мерки. Данните показват, че резултатите от работата на системата се влошават въпреки постоянното увеличение на разходите за здравеопазване (https://ime.bg/var/images/Healthcare_Models_Final_IME_1.pdf).

Основната идея на реформата в здравеопазването е, че пазарът на здравни услуги е единственият и най-пряк път за изграждане на съвременен здравеопазване (Комитов, Генов, 2009). Пазарните механизми обаче се превърнаха в самоцел и начин за осигуряване на приходи на изпълнителите на здравни услуги, но не и в средство за подобряване на достъпа и качеството на здравните дейности. Тези механизми не изиграха ролята си за оптимизиране на здравеопазването, а се развиха хаотично и неовладяването им доведе до срив на финансиращата система в посока на загуба на социалното и хуманното начало в тази област на обществена дейност, както и в намаляване на доверието на пациентите в здравната система и лекарското съсловие. Абсолютизирането на пазарните механизми чрез неспецифично прилагане на Търговския закон в здравеопазването създаде непредвидени

трудности за здравната реформа. Ролята на държавата в здравеопазването не може да се подценява или скрива зад завесата на пазарните механизми, според проф. В. Борисов, защото пазарът е средство, а не цел на здравеопазването. Държавата има стратегическо присъствие в здравеопазването, а пазарът – само технологично, оперативно присъствие.

Средствата, които се отделят за здравеопазване, не се възприемат от държавата като изключително важна и приоритетна инвестиция за опазването на здравето и подобряването на качеството и ефективността на човешкия капитал (Проблеми на системата на здравеопазване, ноември 2018, БСК). Не се оценява, че подобна инвестиция способства за икономическото развитие на страната и за подобряване на благосъстоянието на населението.

Липсата на последователна държавна политика в системата на здравеопазване позволи да се формира псевдопазар на здравни услуги, в който ежегодно се разходват между 7 и 9 млрд. лв. Това са преобладаващо публични средства от осигурителни вноски, процентно намаляващи средства от републиканския и общинските бюджети, средства от регламентирано заплащане на населението за медицински услуги и лекарства, частни инвестиции за лечебни заведения, закупуване на здравни застраховки и значителни средства от населението за т.нар. неформални плащания за медицински услуги, които влияят неблагоприятно на ефективността на здравеопазването и засилват неравенството при достъпа до здравни услуги. Този вид плащания са преки плащания от страна на потребителите на здравни услуги. В същото време тяхното място не е в раздела за източниците за финансиране на здравеопазването, защото приходите от тези плащания не постъпват в здравната система.

Този пазар не се регулира, не се управлява, не се анализира и не се отчита ефектът от инвестирането на заплатените от населението огромни средства за подобряване здравето на нацията. В него не са ясно идентифицирани участниците, липсва координация, съгласуваност и отчет за размера на вложените средства, както на национално, така и на регионално равнище. В резултат на това са огромните деформации в качеството и ефективността от дейността на системата, дисонанс в качеството и обхвата на медицинското обслужване в центъра и в регионите (Димитров, 2014, 2017).

Здравеопазването трябва да се разглежда не само като разход, но и като инвестиции, натрупване на ресурси, създаване на работни места и т.н., което предполага, че то би следвало да се превърне във важен икономически фактор за развитието на регионите и обществото. Сегашната осигурителна система обаче гарантира ниво на приходите за системата, но не и механизми на целесъобразно и ефективно разпределение. Това води до дисбаланс между обществените приходи и разходи за здравеопазване и появата на нерегламентираните плащания. Трябва да се има предвид, че в света се наблюдава ескалация на разходите за здравеопазването поради свърхпотребление на услугите и индуцираното им търсене, както и бързото развитие на медицинските технологии и фармакологията, което увеличава диапазона на възможностите за избор на процедури, лекарства и лечение.

Наред с това се наблюдава и ефектът на деформация в търсенето, породена от дефицит и асиметрия на информацията. Пациентът не е добре информиран за своето състояние и не знае точно какви здравни услуги са му необходими, т.е. за него здравната помощ и

изпълнителите на здравни услуги са източници на информация. Медицинските специалисти генерират нови потребности на лицето – предписват медицински продукти, изпращат за изследвания и т.н. (Гладилов, Велева, 2005).

В света няма здравеопазна система, чиито разходосдържащи механизми осигуряват целесъобразно и разумно изразходване на финансовите средства.

Една здравеопазна система винаги поема и усвоява всички финансови средства, които могат да се заделят за нея. Важното е обаче колко ефективно е разходването на тези средства и какъв продукт като здраве произвежда тази система.

Развитието на пазара на здравни услуги в България е белязано от хаотичност (при липса на адекватна държавна регулация и планиране на стратегическите инвестиции), неравномерно разпределение на лечебните заведения и пълно несъответствие с реалните здравни потребности на населението.

Търсенето на политики, които укрепват финансовата устойчивост, както и достъпа до качеството на услугите, са едни от най-важните предизвикателства през следващите години с оглед получаване на по-висока стойност за парите от разпределението на ресурсите в здравния сектор (AWG. Joint Report on Health Systems prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee (AWG). European Economy Occasional Papers nr 74. 2010.).

Пазарът в здравеопазването е приложим, но с много особености и ограничения (Делчева, 1994, 2000):

- Държавно регулиране – намеса на държавата при определяне на пределни търговски надценки или на съсловните организации при определянето на методика за цените на здравните услуги, поставяне на бариери за свободно навлизане в пазара на нови участници, на изисквания за насочване на пациентите към по-високо ниво и т.н.
- Квазипазарно ценообразуване – определяне на цени, имитиращи пазарни, но не покриващи всички разходи, или на фиксирани цени.

Изброените случаи са едни от особеностите и отклоненията от свободния пазар.

Квазипазарът /вътрешния пазар/ е имитация на пазарен механизъм в общественния сектор. Той се основава на договорна система между държавния или общинския орган като възложител и финансов източник и общественото здравно заведение като изпълнител и контрактор. Задължително условие е наличието на конкуренция на оферти или между възможни изпълнители. При договорната система се разпределя рискът между възложител и изпълнител (докато при класическото обществено производство рискът е изцяло на държавата или общината). Изпълнителят поема риска от допълнителни разходи в резултат на неспазване на договора или слабости в процеса на изпълнението му. В договора се предвиждат показатели за обем извършена дейност, качество, време, място и др.

Ще представим основните разлики при системата на бюджетното финансиране и системата на здравното осигуряване.

При бюджетното финансиране над 50% от общите публични разходи за финансиране на здравеопазването се базират на общи данъци. За разлика от здравноосигурителните модели, в

данъчно базираните липсва пряка връзка между приходите от данъци и правото на здравно обслужване. В тези системи достъпът до здравни услуги е отворен за всички граждани, независимо дали и какви данъци те плащат. Данъчно финансираните модели се основават на следните общи характеристики:

- пълно покритие – цялото население на страната получава здравно обслужване;
- общите данъчни приходи (национални и/или местни данъци) служат за финансиране на здравните услуги;
- управлението на здравната система се извършва от държавата и нейната администрация;
- не се налага специфично управление на риска;
- като цяло административните разходи за управление на системата са относително ниски, но в тези системи са типични неефективностите при управление на разходите, което ги прави относително по-скъпи;
- характерни са неравновесия в предлагането на услуги, което често води до формиране на листи на чакащите.

В данъчно базираните системи индивидите допринасят за финансиране на здравните услуги чрез данъци върху доходите, собствеността, потреблението, капиталовата печалба и др. По този начин се заобикалят някои недостатъци, типични за системите, в които индивидът може да избира осигурител или застраховател, например т.нар. неблагоприятен избор - по-голямата вероятност да се застраховат по-високо рисковите пациенти, което вдига средния разход за застраховане над възможностите на определени нискодоходни групи) и подбор на риска - по-голямата вероятност застрахователят да подбира пациенти с по-нисък здравен риск. Също така при данъчните модели на финансиране рискът се разпределя върху максимален брой индивиди, което позволява намаляване на разходите на единица. Тъй като плащането на данъци в повечето случаи е трудно да се избягва, мобилизирането на ресурс за данъчно базираните модели е по-лесно.

Данъчно базираните модели се считат за голямо предимство от онези наблюдатели, за които достъпът до здравна грижа е човешко право без значение на приноса на лицето към финансирането на системата. За други обаче това е проблем, тъй като се разкъсва връзката между това колко индивидите допринасят и това, което ползват като услуги. Също така при тези системи се счита, че отговорността към собственото здраве е по-слаба, а отговорността на доставчиците на здравни услуги към потребителите е по-ниска.

Здравното осигуряване е фондово индиректно финансиране, при което се набират средства от осигурителни вноски за покриване на рискове от заболявания и други проблеми. Фондът купува здравни услуги от изпълнителите на медицинска помощ в полза на осигурените лица.

Известни са два основни типа здравно осигуряване (Делчева, 2013):

- Социално здравно осигуряване - организира се от правителството и провежда задължително и в по-малка степен доброволно осигуряване на заетите лица в легалния трудов пазар. Осигурителните вноски обикновено се изчисляват като

фиксиран процент върху брутното трудово възнаграждение независимо от действителния риск от заболяване и се плащат солидарно от осигуряващите (работници, работодатели и държавата). Характерна особеност на социалното здравно осигуряване е, че то има социално защитни функции и задължително покрива всички нискодоходни категории от населението. Основен принцип на този тип осигуряване е споделената отговорност, което позволява преразпределение на средствата от здравите към по-болните, от богатите към по-бедните.

➤ Частно здравно осигуряване - предлага се от частни застрахователни компании, като обхваща на доброволен принцип желаещите да се осигурят. В някои случаи то е задължително и обхваща населението с по-високи доходи. Чрез частното здравно осигуряване може да се обезпечават услуги, които са извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, както и такива, които са в неговия обхват, като задължително се спазва принципа на доброволност на осигуряването. Осигурителните вноски се определят, като фиксирана или диференцирана сума, или процент от дохода, в зависимост от здравния риск и степента на използваемост на здравната помощ (Делчева, 2013).

ВЗАИМОЗАВИСИМОСТ МЕЖДУ ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И ИКОНОМИКА

Независимо от вида и начина на финансиране на здравеопазването е необходимо на здравето на населението да се гледа не като на съпътстващ продукт на благоденствието, а като на инвестиция в бъдещ икономически растеж. С увеличаване на проучванията за взаимозависимостта между здравеопазване и икономика са направени някои важни заключения, а именно:

- Намаляването на смъртността и заболеваемостта и последващото увеличаване на продължителността на живота повишават степента на възвръщаемост на инвестициите в здравеопазването (Рам, Шуц, 1979), с което се насърчават инвестициите в образованието и по-голямата икономическа производителност (Калемли-Озкан, Райдер, Уейл, 2000).

- Подобряването на здравето на населението води до увеличена производителност на труда, повече време, прекарано на работното място, по-високо трудово възнаграждение и увеличаване на спестяванията, увеличаване на възможността за участие на работната сила и евентуално по-голямото ѝ влияние върху производителността (Калемли-Озкан, Райдер, Уейл, 2000).

- Лошото състояние на здравния статус на населението и заболеваемостта водят до намаляване на производителността, по-ниско трудово възнаграждение, по-малко работни часове годишно, намалени приходи и увеличен риск от бедност (Meltzer, 1992).

- Отрицателното въздействие на лошото здраве за всяко общество определено се оказва скъпо както в социален, така и в икономически аспект.

Безспорни са големите икономически загуби, получени в резултат от здравословни проблеми. Недоброто здраве оказва незабавно своето негативно влияние върху работещите. Това от своя страна води до значителни щети за икономиката.

Мак Кий идентифицира три аспекта на въздействие (McKee, MacLehose, Nolte, 2004).

Преки разходи: отнасят се за разходите в сектора на здравеопазването във връзка с превенция, диагностика и лечение на заболяванията, т.е., амбулаторни прегледи, болнична помощ, обществено здраве и медицински услуги, фармацевтични продукти.

Косвени разходи: обикновено се измерва загубеният производствен потенциал на пациенти, които са инвалидизирани и не могат да работят, или умират преждевременно (т.е. това е “подходът към човешкия капитал”).

Нематериални разходи: обхващат психологическите аспекти на болестта за хората (и техните семейства), като болка, загуба от смърт, безпокойство и страдание. Това е категория разходи, които са най-трудни за измерване. Проучванията, направени за цената на болестта, изразени във финансови измерения, правят оценка на общото бреме на дадено заболяване от гледна точка на обществото или от гледна точка, специфична за даден сектор.

Съществен принос към доказателствата за важноста на здравето за икономиката има Комисията по макроикономика и здраве към Съвета на Европа. Основна част от работата на Комисията са изследванията на разходите за лечение на определени заболявания. В тези изследвания се оценява паричната стойност на количеството ресурси, използвани за лечението на дадена болест, както и степента на отрицателните икономически последици (чрез загубена производителност) от болестите за обществото (Веков Т., 2010).

ВЛИЯНИЕ НА ИНВЕСТИЦИИТЕ ВЪРХУ ОЦЕНКАТА НА ЕФЕКТИВНОСТТА НА ЗДРАВНИТЕ РАЗХОДИ

Приносът на инвестициите в здравеопазването може лесно да се възприема като специфичен фактор – положителен за всяка икономика. Следващата стъпка за разглеждане на взаимовръзката между инвестициите в здравеопазването и икономическите резултати е да се премине от специфичното заболяване към по-общо ниво. Като вземем под внимание широкия обхват от фактори, които влияят върху здравето на населението, икономическите оценки на заболяванията са винаги сложни и комплексни.

Увеличаването на възвръщаемостта на инвестициите в здравеопазването изисква солидна оценка на ефективността на разходите. Пред тази оценка има три основни методологически предизвикателства.

Първото е да се провери дали доказателствата за повишаване на ефективността и подобряване на здравословното състояние чрез по-добро използване на бюджетите в здравеопазването все още са валидни, когато се използват различни определения за здравни резултати (OECD, 2008). Основен проблем е, че много от доказателствата фокусират върху необработени оценки като средна продължителност на живота и не се взема предвид качеството на живот.

Второто предизвикателство е да се определи относителното влияние на здравните системи върху здравните резултати отделно от въздействието на други фактори за здравето на населението, особено като живот и труд, доходи, образование и най-често начин на живот и свързаните с тях рискови фактори.

Третото е времевото разстояние между политическите промени и тяхното влияние върху здравните резултати (http://www.euro.who.int/__data/assets/p). Това е проблем, който може да е свързан с нереални икономии, тъй като те могат да доведат до увеличаване на разходите или други непредвидени последствия в дългосрочен план.

Това налага допълнителна оценка на ефективността на системите на здравеопазване посредством рамка, която е структурирана в три направления:

1. определяне на стабилен, надежден показател на здравните резултати, въз основа на съществуващите здравните показатели за Европейската общност,
2. по-добро разбиране на въздействието на здравните системи върху здравните резултати, като се оставят настрана въздействията на други фактори като начина на живот;
3. по-добро разбиране на механизмите и тяхната своєвременност за това как политиките в здравеопазването засягат здравните резултати.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Отговаряйки на предизвикателството на времето, в което живеем, голяма част от страните, включително и България са принудени да променят своите здравни системи. Приоритетите при тези реформи не трябва да са концентрирани само върху увеличаването на размера на финансовите ресурси, а върху търсенето на решения за повишаване на тяхната ефективност и подобряване на здравния статус на населението.

Независимо от обема на ресурсите и източниците на финансиране здравната система трябва да осигурява не само високо качество на медицинската дейност, но и справедливост, равен достъп и солидарност при предоставяне на медицинските услуги. Затова при реформиране на здравната система следва да се осигури приемлив баланс между пазарните отношения и държавната регулация в интерес на обществото.

БИБЛИОГРАФИЯ

Веков Т. 2010. Управление и икономика на здравеопазването и здравните реформи, изд. Български кардиологичен институт, С., с. 383 [Vekov T. 2010. Upravlenie i ikonomika na zdraveopazvaneto i zdravnite reformi, izd. Balgarski kardiologichen institut, S., s. 383]

Велева Н. 2016. Икономика на здравеопазването, Издателски център на МУ-Плевен, ISBN-954-756-194-6 [Veleva N. 2016. Ikonomika na zdraveopazvaneto, Izdatelski tsentar na MU-Pleven, ISBN- 954-756-194-6]

Гладилов Ст., Н. Велева, 2005. Търсене и предлагане в здравеопазването: основни понятия и приложението им в условията на реформа на българското здравеопазване, Здравен

мениджмънт, 5, № 1, с. 32-36 [Gladilov St., N. Veleva, 2005. Tarsene i predlagane v zdraveopazvaneto: osnovni ponyatia i prilozhenieto im v usloviyata na reforma na balgarskoto zdraveopazvane, Zdraven menidzhmant, 5, № 1, s. 32-36]

Делчева Е. и кол. 2000. Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера, Стопанство, 196 [Delcheva E. i kol. 2000. Pazarni i nepazarni defekti v sotsialno-kulturnata sfera, Stopanstvo, 196]

Делчева Е. 1994. Здравният икономикс, УИ Стопанство, София, с. 238 [Delcheva E. 1994. Zdravniyat ikonomiks, UI Stopanstvo, Sofia, s. 238]

Делчева Е. 2013. Финансов мениджмънт, Издателски център Медицински университет Плевен [Delcheva E. 2013. Finansov menidzhmant, Izdatelski tsentar Meditsinski universitet Pleven]

Димитров Гр., Зл. Петрова, 2017. Предизвикателства и решения за промени в управлението и финансирането на здравноосигурителната система, Здравна политика и мениджмънт, бр. 3 [Dimitrov Gr., Zl. Petrova, 2017. Predizvikelstva i reshenia za promeni v upravlението i finansiraniето na zdravnoosiguritelната система, Zdravna politika i menidzhmant, br. 3]

Димитров Гр. 2014. Организация и финансиране на здравната система, предизвикателства и решения, издателство на ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“, София, с. 347 [Dimitrov Gr. 2014. Organizatsia i finansirane na zdravната система, predizvikelstva i reshenia, izdatelstvo na VUZF, „Sv. Grigoriy Bogoslov“, Sofia, s. 347]

Димитров Гр. 2017. Рискове и предизвикателства при реформиране на здравна система. Издателство на ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“, С., с.395 [Dimitrov Gr. 2017. Riskove i predizvikelstva pri reformirane na zdravna система. Izdatelstvo na VUZF „Sv. Grigoriy Bogoslov“, S., s.395]

Димова А., М. Попов, М. Рохова, 2007. Здравната реформа в България: Необходимост, развитие, резултати, перспективи, Отворено общество, с. 343 [Dimova A., M. Popov, M. Rohova, 2007. Zdravnata reforma v Bulgaria: Neobhodimost, razvitie, rezultati, perspektivi, Otvoreno obshtestvo, s. 343]

Иванов Л., Ж. Големанова (под редакцията), 2005, Болничен мениджмънт, София, Дийор Принт, с. 350 [Ivanov L., Zh. Golemanova (pod redaktsiyata), 2005, Bolnichен menidzhmant, Sofia, Diyor Print, s. 350]

Калемли-Озкан, С., Райдер, Х. Е., и Уейл, Д. Н. (2000): „Спад на смъртността, инвестиране в човешки капитал и икономически растеж“, Журнал за развитие на икономиката, том 62, № 1, с.1- 23 [Kalemlі-Ozkan, S., Rayder, H. E., i Ueyl, D. N. (2000): „Spad na smartnostta, investirane v choveshki kapital i ikonomicheski rastezh“, Zhurnal za razvitie na ikonomikata, tom 62, № 1, s.1-23]

Комитов Гл., Стр. Генов, 2009. Мениджмънтът на ресурсите – приоритет на здравната реформа, ГорексПрес, София, с. 24-25 [Komitov Gl., Str. Genev, 2009. Menidzhmantat na resursite – prioritet na zdravната reforma, GoreksPres, Sofia, s. 24-25]

Министерство на финансите (2005) Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции, МФ, София [Ministerstvo na finansite (2005) Finansirane i upravlenie na zdraveopazvaneto. Teoretichni osnovi, modeli, problemi i tendentsii, MF, Sofia].

Петрова Зл., С. Генов, 2013. Управлението на здравната система на България, монография Хелтмедия [Petrova Zl., S. Genev, 2013. Upravlenieto na zdravната система na Bulgaria, monografia Heltmedia]

Проблеми на системата на здравеопазване, ноември 2018, БСК, презентация, https://www.bia-bg.com/uploads/files/OS_BIA/OS_2018/BIA_Otchet-2014_2018.pdf [Problemi na sistemata na zdraveopazvane, noemvri 2018, BSK, prezentatsia, https://www.bia-bg.com/uploads/files/OS_BIA/OS_2018/BIA_Otchet-2014_2018.pdf]

Рам Р. Шулц, Т. У. 1979. „Продължителност на живота, здравеопазване, спестявания и плодовитост“, Икономическо развитие и културна промяна, том 27, № 3, с. 399-421 [Ram R. Shults, T. U. 1979. „Prodalzhitelnost na zhivota, zdraveopazvane, spestyavania i plodovitost“, Ikonomichesko razvitie i kulturna promyana, tom 27, № 3, s. 399-421]

AWG. 2010. Joint Report on Health Systems prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee (AWG). European Economy Occasional Papers nr 74.

McKee M, MacLehose L, Nolte E, 2004. Health policy and European Union enlargement. Open University Press, UK

McKee, Health policy responses to the financial crisis in Europe, WHO Policy Summary 5

Meltzer, D. 1992. Mortality Decline, the Demographic Transition and Economic Growth. PhD thesis, University of Chicago.

OECD, 2008. „Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency“, OECD Economics Department Working Papers 627

http://ncpha.government.bg/files/kniga_boln_menidjment.pdf

http://ncpha.government.bg/files/kniga_boln_menidjment.pdfdf_file/0009/170865/e96643.pdf

http://www.euro.who.int/__data/assets/p

http://www.who.int/health_financing/taxed_based_financing_dp_04_4.pdf

https://ime.bg/var/images/Healthcare_Models_Final_IME_1.pdf

https://ime.bg/var/images/Public_Spending_Efficiency_-_Final.pdf

<https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/ministr-ananiev-predstavi-dva-varianta-za-promeni-/>

ПОТРЕБНОСТ ОТ ИЗПОЛЗВАНЕ НА ИКОНОМИЧЕСКИ ПРИОРИТЕТИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Румяна Янева¹, Тихомира Златанова², Медицински университет -София

Резюме

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

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

THE NEED TO USE ECONOMIC PRIORITIES IN HEALTHCARE

Rumyana Yaneva³, Tihomira Zlatanova⁴, Medical University - Sofia

¹ Румяна Янева, доцент в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Възпитаник на МУ-София. Магистър по „Обществено здраве и здравен мениджмънт“, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобита специалност „Икономика на здравеопазването“. Член на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“.

² Тихомира Златанова, професор в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Магистър по медицина, втора магистратура по „Обществено здраве и здравен мениджмънт“, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобити специалности по „Икономика на здравеопазването“, „Социална медицина“, „Обща медицина“. Председател на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“. Председател на Националното сдружение по здравна политика и мениджмънт. Заместник ректор по учебната дейност на МУ-София 2017-2020, Ръководител катедра „Икономика на здравеопазването“ 2013-2021.

³ Rumyana Yaneva, Associate Professor in the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, Dsc", Medical University - Sofia. A graduate of MU-Sofia. Master's degree in Public Health and Health Management, PhD in Social Medicine and Organization of Healthcare and Pharmacy. She has acquired a specialty in "Health Economics". Member of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics".

⁴ Tihomira Zlatanova, Professor at the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD", Medical University - Sofia. Master of Medicine, second master's degree in Public Health and Health Management, Doctor of Science in Social Medicine and Organization of Healthcare and Pharmacy. She has acquired specialties in "Health Economics", "Social Medicine", "General Medicine". Chairman of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics". Chairman of the National Association for Health

Abstract

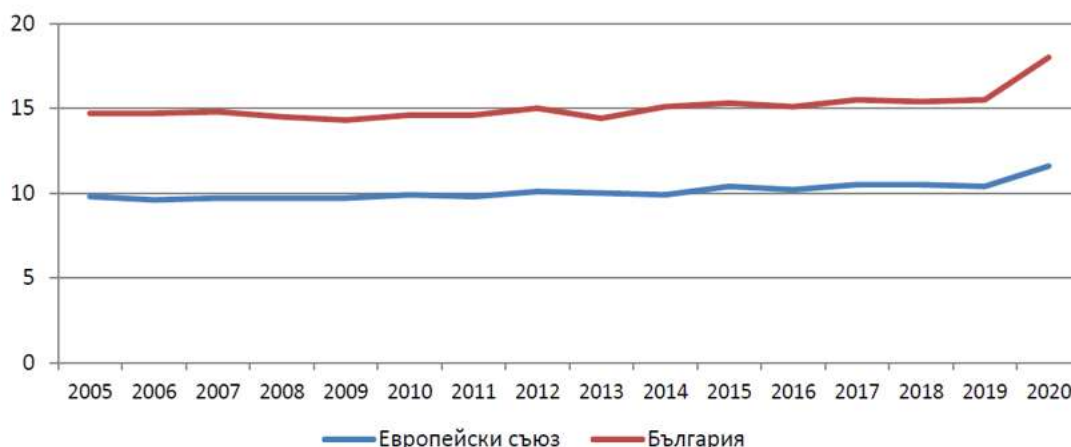
The negative main trends in the demographic processes in the Republic of Bulgaria over the last decade pose serious challenges to the future functioning of public finances. At the same time, in terms of healthcare expenditures, which is one of the most diversified sectors over the years, and in the current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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

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

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



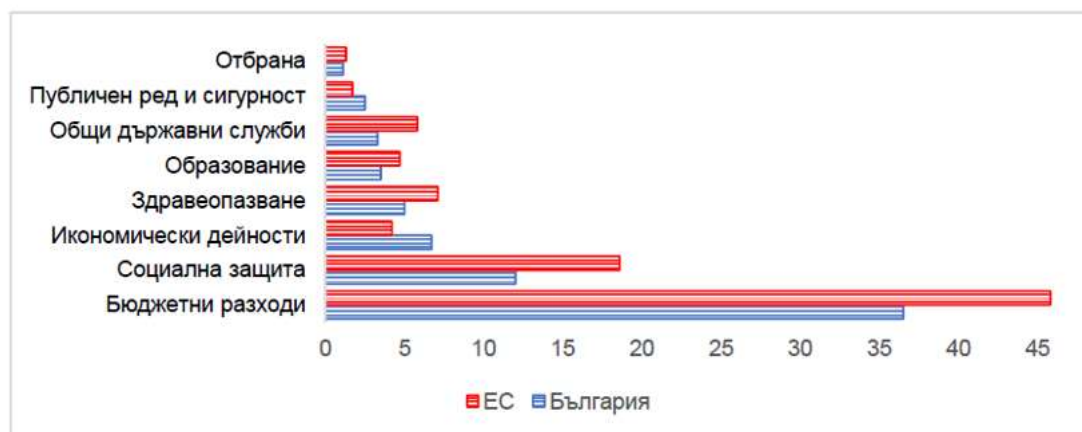
Източник: НСИ, Eurostat

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

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

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

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



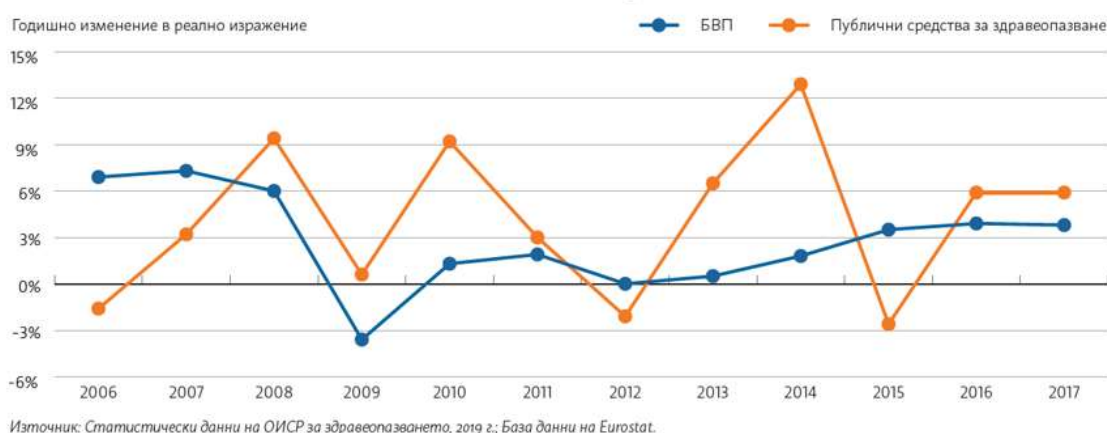
Източник: Eurostat

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

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

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

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



Източник: Статистически данни от ОИСП; база данни на Eurostat

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

ПОТРЕБНОСТ ОТ ПРИОРИТЕТИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ПРОБЛЕМИ ПРИ ТЯХНОТО ОПРЕДЕЛЯНЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Дискусията по т.нар. Орегонски експеримент

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ИДЕОЛОГИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА ПРЕДОСТАВЯНЕТО НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

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

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

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

Източник: Алан Уйлямс, *Здравна икономика*, 2001

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

УПРАВЛЕНИЕ И РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИТЕ ЧРЕЗ ПРИОРИТЕТИ

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

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

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

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

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

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

Източник: По Xingzhu Liu, (WHO, 2003)

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

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

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

ПРОБЛЕМЪТ ЗА ПРИОРИТЕТИТЕ В БЪЛГАРСКАТА ПРАКТИКА

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

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

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

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

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

Източник: по Б. Давидов

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

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

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

2. Намаляване на очаквания брой пациенти.

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

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

НЕОБХОДИМОСТ ОТ БАЛАНС МЕЖДУ КОНЦЕПЦИИТЕ НА КЛИНИЦИСТА И НА ИКОНОМИСТА

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

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

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

БИБЛИОГРАФИЯ:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), България: Здравен профил на страната 2019 г., State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

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

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

ИЗМЕРВАНЕ НА РЕЗУЛТАТИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Надя Велева¹, Медицински университет – Плевен

Резюме

Целта на статията е да бъдат представени специфичните особености на измерването на резултатите в здравеопазването и да се обсъдят методологичните предизвикателства, свързани с тяхната икономическа оценка.

Материал и методи

Направено е аналитично изследване на базата на литературен обзор и контент анализ на методически ръководства за икономическа оценка на здравни програми. Анализирани са особеностите и предизвикателствата на измерването на резултатите в здравеопазването.

Резултати и обсъждане

Систематизирани са и са анализирани начините за идентифициране, измерване и оценяване на здравните резултати – от медицинска гледна точка (здравни подобрения) и в парични единици. Специално внимание е отделено на въпроса за съпоставимостта на различните измерители. Освен абсолютната стойност на здравето, са разгледани и начините за оценка на производствените ползи от връщането на хората на работа, в резултат на възстановеното здраве.

Заклучение

Налице са съществени методологични особености на измерването на резултатите в здравеопазването, произтичащи от спецификата на обекта на анализа. Тези особености трябва да бъдат съобразявани, както в процеса на провеждане на икономическите оценки в здравеопазването, така и при вземането на здравнополитически решения, базирани на тези оценки, за да бъде подобрена ефективността на системата.

Ключови думи: икономическа оценка, резултати в здравеопазването, измерване

OUTCOMES MEASUREMENT IN HEALTH CARE

Nadia Veleva², Medical University - Pleven

¹ Надя Велева е доцент, ръководител на катедра „Фармацевтични науки и социална фармация“, факултет „Фармация“, МУ-Плевен. Магистър по международни икономически отношения, доктор по социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията, специалист по икономика на здравеопазването и медицинска информатика и здравен мениджмънт. Автор на един и съавтор на два учебника и на над 100 публикации в национални и международни издания по проблемите на икономиката и управлението на здравеопазването, пазара на труда в здравеопазването, финансиране и ефективност в здравеопазването и др. Преподава икономика на здравеопазването, фармакоикономика, оценка на здравни технологии и др. Член е на СУБ, EUPHA, EHMA и EAAP. Експерт към Комисията по оценка на здравни технологии към НЦОЗА до 2019 г.

² Nadia Veleva, Associate Professor, Head of Department Pharmaceutical Sciences and Social Pharmacy at the Faculty of Pharmacy, Medical University – Pleven. Master in International Economic Relations, PhD in Social Medicine and Organization of Healthcare and Pharmacy, specialist in Healthcare Economics and Medical Informatics and Healthcare Management. Teaching activities: lectures and practical training of students in Healthcare Economics, Pharmacoeconomics, Health Technology Assessment etc.

Author of one textbook and co-author of two textbooks and more than 100 publications in Bulgarian and international scientific journals in the field of Healthcare Economics and Health Technology Assessment. Member of BUS, EUPHA, EHMA and EAAP. Expert at the Health Technology Assessment Commission of NCPHA until 2019.

Abstract

Aim: To describe the specifics of outcomes measurement in health care and to discuss important issues related to their economic assessment.

Material and Methods: Analytic study based on literature review and content analysis of guidelines for economic evaluation of health care programs was performed. The specifics and challenges of outcomes measurement in health care were discussed.

Results and Discussion: The ways of identifying, measuring and evaluating health outcomes were systematized and analyzed - from a medical point of view (health improvements) and in monetary units. Special attention was paid to the issue of comparability of different measures. In addition to the absolute value of health, ways to assess the productive benefits of person's return to work as a consequence of improved health were discussed.

Conclusion: There are important methodological issues of outcomes measurement in health care determined by the object of the analysis. They should be taken into consideration both in the process of assessment and appraisal of healthcare outcomes in order to improve the overall effectiveness of the system.

Keywords: economic assessment, healthcare outcomes, measurement

ВЪВЕДЕНИЕ

Икономическата оценка в здравеопазването представлява сравнителен анализ на алтернативни варианти за действие от гледна точка на разходите и получените резултати.

Основната причина за изразходването на публични средства за здравеопазване е подобряване на здравето на гражданите.

Поради многото хетерогенни фактори³, които влияят на здравето и несигурността⁴ за положителен ефект от намесата медицинските специалисти, не всички резултати от здравните интервенции представляват здравни подобрения, но това са предпочитаните и доминиращите видове резултати.

Целта на тази статия е да се представят и анализират начините за *идентифициране, измерване и оценяване* на степента на здравните подобрения – от медицинска гледна точка и в парични единици. Специално внимание е отделено на въпроса за съпоставимостта на различните измерители. Освен *абсолютната стойност на здравето*, тук се разглеждат и начините за оценка на *производствените ползи* от връщането на хората на работа, в резултат на възстановеното здраве.

Материал и методи

Направено е аналитично изследване на базата на литературен обзор на контент анализ на методически ръководства за икономическа оценка на здравни програми. Анализирани са особеностите и предизвикателствата на измерването на резултати в здравеопазването.

³ Делчева, Е. (2013), Икономика на здравеопазването, Издателски център на МУ-Плевен, с. 21 [Delcheva, E. (2013), Ikonomika na zdraveopazvaneto, Izdatelski Tzentar na MU-Pleven, p.21].

⁴ Arrow, K.J. (1963), Uncertainty and the welfare economics of medical care. The American Economic Review, 53:941-73.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

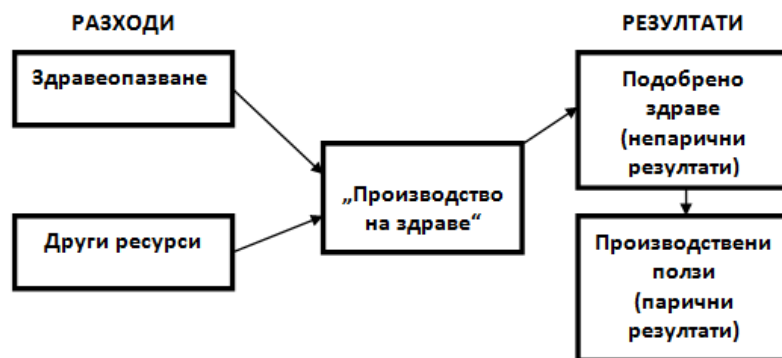
Идентифициране на здравните подобрения

Нееднозначното дефиниране на здравето прави проблемно и точното му измерване, което проличава от множеството различни понятия свързани със здравния резултат, които се срещат в литературата. Сред най-често използваните термини са: измерители на здравния статус (health status measures); измерители на резултата (outcome measures); инструменти за измерване на здравния статус (health status instruments); ползи (benefits) – измерват се в парични единици, използват се само в анализ „разход-полза“; резултати/ефекти (effects) - измерват се в непарични единици, използват се при анализ „разход-резултат“; продукти (outputs); последствия (consequences); здравни ползи (health gains); „крайни точки“ (end points), които могат да бъдат „средни“ (intermediate), „слаби“ (soft) и „силни“ (hard) в зависимост от това какъв тип събития се оценяват и от това доколко са измерими различните стадии от развитието на дадено заболяване⁵.

В *клиничните проучвания* се разграничават два основни вида здравни ефекти. Първите са наричат крайни здравни резултати (клинично значими крайни резултати, clinical endpoints) – това са обективизирани данни относно реални клинични резултати, свързани със здравното състояние на пациента и отразяващи промените в него (напр. предотвратени смъртни случаи, предотвратени усложнения, спечелени години живот в резултат на интервенцията и др.). Вторите се наричат междинни здравни резултати (сурогатни здравни резултати, маркери) – това са измерители за ефекта от специфично лечение, които е възможно да са свързани с *реалния* краен клиничен резултат, но не е задължително да имат гарантирана връзка с него. Използват се като заместители на клинично значим краен резултат, като измерват директно това как се чувства пациента, неговия функционален статус, за да се направи заключение относно степента на заболяването или преживяемостта (*напр. ниво на артериално налягане, гликиран хемоглобин, холестерол, едногодишна преживяемост след инфаркт на миокарда и др*)⁶. Презумпцията е, че промените в междинните резултати вследствие на терапията, водят до промени и в клинично значимия краен резултат.

⁵ Велева, Н. (2018), Икономика на здравеопазването, Издателски Център на МУ-Плевен, с.49 [Veleva, N. (2018), Ikonomika na zdraveopazvaneto, Izdatelski Tzentar na MU-Pleven, p.49]

⁶ Веков, Т, Григоров Е, Велева Н, Джамбазов С (2015) Оценка на лекарствени терапии. Теория и практика, Издателски център на МУ-Плевен, сс.69-87 [Vekov T, Grigorov E, Veleva N, Djambazov S (2015) Ocenka na lekarstveni terapii, Izdatelski Tzentar na MU-Pleven, pp.69-87].



Фигура 1. Разходи и резултати/ползи в здравеопазването

Както се вижда на фигура 1, могат да бъдат разграничени две основни групи здравни резултати: непарични резултати, които се използват в икономическите анализи от типа „разход-резултат“ (СЕА) и парични резултати, които се използват в икономическите анализи от типа „разход-полза“ (СВА). Възможно е някои видове парични резултати (като производствените ползи) да се използват и в анализа „разход-резултат“ (СЕА).

1. Непарични резултати

Непаричните резултати измерват медицинския резултат от здравната програма или лечение, например: нива на преживяемост, смъртност, заболяемост, спечелени години живот, индекси от специфични и генерични мултиатрибутивни дескриптивни системи за описание на здравния статус, здравни профили.

Повечето измерители на здравните резултати могат да бъдат използвани, за да се отговори на основния медицински въпрос: в каква степен новото лечение е по-добро от съществуващото? Много малко измерители обаче, могат да претендират за способността да отговорят на основния въпрос за здравната политика: дали е по-добре здравните ресурси да се насочат към лечението на пациенти със заболяване X или към такива със заболяване Y?⁷

Отговорът на този въпрос изисква различните степени на здравни ползи да бъдат *идентифицирани, измерени и оценени* чрез съпоставими показатели. За целта те трябва да отговарят на четири критерия:

- 1) да сравняват различията в *смъртността* (напр. увеличаване на продължителността на живота или на времето в подобро здраве);
- 2) да сравняват различните подобрения в *заболяемостта* или качеството на живот, свързано със здравето между различни здравни програми;
- 3) да отчитат и сравняват подобренията едновременно и по отношение на *смъртността* и по отношение на *заболяемостта*.
- 4) да дават оценка на здравните подобрения, която е *базирана на предпочитанията* на засегнатите страни.

⁷ Williams, A., (1988) Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle. Journal of Health Economics 7:173-83. Copyright Elsevier.

Таблица 1. Видове измерители на здравния резултат според съпоставимостта им и базата за оценяване

	Съизмерими по отношение на:			Базиран на предпочитанията
	Смъртност (T)	Заболяемост (Q)	Смъртност и заболяемост (Q*T)	
Нива на <u>преживяемост</u> , увеличена продължителност на предстоящия живот	Да	Не	Не	Не
Едномерни крайни точки; „меки“ или „средни“ Многомерни специфични за дадено заболяване инструменти	Не	Не	Не	Не
Здравни профили (напр. SF 36)	Не	Да	Не	Не
QALYs (Години живот, коригирани с оценка на качеството на живота)	Да	Да	Да	Да
DALYs (Години живот в инвалидност)	Да	Да	Да	Не

Източник: Olsen, A.J. (2009) Principles in Health Economics and Policy, Oxford University Press.

В таблица 1. са обобщени измерителите за здравните резултати според тяхната степен на съпоставимост, както и според базата за оценка (въз основа на предпочитанията или не).

Системи, при които крайните точки имат едно измерение (напр. смъртност от инфаркт), както и системи за описание на специфични здравни състояния с няколко измерения, не покриват и четирите критерия, т.е. те *не са съпоставими и не са базирани на предпочитанията*.

Нивото на преживяемост е измерител за резултата, който е съпоставим само по отношение на смъртността, докато **здравните профили** (като напр. WHOQOL и SF-36) са съпоставими само по отношение на заболяемостта. Като генерични дескриптивни системи за здравето, те удовлетворяват второто от четирите описани по-горе условия, но не отговарят на другите три.

Здравните профили са междинен клас измерители на здравния резултат, който стои между специфичните инструменти и QALY⁸.

QALYs се откроява като единственият измерител на здравния резултат, който удовлетворява и четирите критерия, докато DALY⁹ не отговаря на критерия „базиран на предпочитанията“. Трябва да се подчертае обаче, че измерителят QALY е създаден специално, за да удовлетвори всичките четири изисквания и да бъде приложим за подпомагане на разпределението на ресурсите в здравеопазването.

⁸ QALY – Quality Adjusted Life Years, години живот, коригирани с качеството на живота

⁹ DALY – Disability Adjusted Life Years, години живот в инвалидност

2. Парични резултати

Съществуват и други класове ползи от здравните програми освен тези, идентифицирани като здравни резултати. Това са потенциалните *производствени ползи* вследствие на подобреното здраве и „характеристики на процеса”, които не са негово следствие. За да се оцени този по-широк кръг ползи, могат да се използват техники за парична оценка.

На фигура 1. се виждат два напълно различни вида резултати: здравни резултати и производствени ползи. Както беше обяснено по-горе, здравните резултати обикновено не се измерват в пари. А тъй като нарастването на производствените ползи се измерва в пари, следователно тези два вида ефекти не могат да бъдат сумирани – те са *несъизмерими*. Преди да се обсъди въпроса как може да се измерва здравето в пари, за да стане съизмеримо, ще бъде дискутирано как се измерва и как се отчита нарастването на производствените ползи в рамките на икономическата оценка.

2.1. Производствени ползи в резултат на подобреното здраве

В литературата все още няма единно мнение по въпроса как да се измерват икономическите ползи за обществото от възстановената работоспособност вследствие на медицинска интервенция. Някои автори използват за целта *брутния доход*, някои - *нетния доход*, докато други отчитат държавните спестявания от *обезщетения за болнични дни* или предлагат да се отчита само *икономическия принос към останалите членове от обществото*. Следователно, наложително е първо да се отговори на въпросите: *какви са видовете икономически ползи и за кого?*

Ключов момент при изясняването на тези въпроси е да се направи ясно разграничение между *реалните промени* в стойността на общественото производство и *трансферните плащания* между различните икономически агенти. Таблица 2 показва какво се случва, когато излекуван работник се връща обратно на работа. В случая заинтересованите страни са три: работник, работодател и държава. Работодателят получава *производствени ползи (ПП)* вследствие на връщането на работника на работа, но от друга страна той трябва да изплаща *заплата (З)*, възмездяваща работника за положения труд. Работникът получава *нетна заплата* след облагане с *данъци (Д)*, но губи *обезщетенията за болнични дни (ОБ)*. Държавата получава данъци и печели от това, че не трябва да изплаща обезщетения за болнични дни. В този случай държавата е отговорна за социалното осигуряване, но принципът на трансферните плащания е валиден и при схемите, прилагащи частно осигуряване. Таблица 2. илюстрира как паричните трансфери са „изчистват” между трите страни. Следователно, това което представлява интерес е остатъкът, т.е. производствените ползи.

Най-важното послание от таблица 2. е идентифицирането на производствените ползи като реални икономически промени, като например ефект за националната икономика под формата на увеличен брутен вътрешен продукт (БВП). *Как се измерват тези ползи?*

Таблица 2. Връщане на работника на работа: реални производствени ползи срещу трансферни плащания

	Нараснала производителност	Ефекти на заплатата	Обезщетения за болнични дни
Работник		+ (Заплата - Данъци)	
Работодател	+ Производствени ползи	- Заплата	
Държава		+ Данъци	Обезщетенията за болнични дни

Ако пазарът на труда функционира в условията на идеална конкуренция, работната заплата ще отразява стойността на пределния продукт. Следователно, работната заплата може да се използва като заместител на производствените ползи, за да се избегне трудната задача за измерване на производителността на всеки работник. Първите изследвания за цената на човешкия живот използват работната заплата като база за неговата оценка¹⁰. Това е т. нар. *подход на човешкия капитал*¹¹, при който се отчита настоящата стойност на предстоящите бъдещи брутни доходи на индивида.

Следващият въпрос е *как* тези производствени ползи да бъдат отчетени при социалната икономическа оценка, например при икономическите анализи от типа „разход-полза“ (СВА) и „разход-резултат“ (СЕА).

На фигура 1. разходите са диференцирани като разходи на сектор здравеопазване (ЗР) и други разходи на ресурси, които включват различни видове разходи на време, най-голям дял от които имат *производствените загуби* (ПЗ) в периода на лечението. При икономическия анализ „разход-полза“, ползата за обществото се измерва като увеличен обем на производството. Следователно **нетната настояща стойност** се получава като от производствените ползи (ПП) се извадят всички разходи по програмата:

$$\text{ННС} = \text{ПП} - (\text{ЗР} + \text{ПЗ}) \quad (1)$$

Обърнете внимание, че абсолютните ползи от подобреното здраве не са включени в този вид анализ „разход-полза“. При анализа „разход-резултат“ (СЕА) производствените ползи, които се измерват в парични единици не могат да се поставят в знаменателя заедно с непаричните единици за здраве, тъй като *несъизмерими единици не могат да се сумират!*. Затова мястото на производствените ползи (ПП) е в числителя като спестени разходи, които се изваждат, за да се получат „нетните икономически разходи на обществото“. След това тези нетни разходи се разделят на броя на здравните ползи (ЗП), за да се получи *съотношението „разход-резултат“* за здравето:

$$\text{СРРз} = \frac{\text{ЗР} + \text{ПЗ} - \text{ПП}}{\text{ЗП}} \quad (2)$$

3

¹⁰ Mushkin, S.J., Health as an Investment, Journal of Political Economy. Vol.70, No.5, Part 2: Investments in human Beings (Oct.,1962), 129-157.

¹¹ Becker, G., (1962)Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis, The Journal of Political Economy, Vol.70, Issue 5, Part 2, Investment in Human Beings, 9-49.

Формула 2 показва математически как се отчитат производствените ползи при анализите „разход-полза“ и „разход-резултат“. Очевидно, колкото по-големи са производствените ползи, толкова по-добра е програмата за обществото. Във формула 1, тъй като само *нетните* икономически ползи имат значение, колкото по-високи са производствените ползи от лечението на дадена група пациенти, толкова по-голям размер здравни разходи ще е готово да толерира обществото. Същото важи и за формулата на уравнение 2. След като СРРз е свързано с *нетните* разходи на обществото, колкото повече производствени ползи могат да бъдат извадени, толкова по-благоприятно (изгодно) става съотношението.

Това ни прехвърля от *позитивния* въпрос за коректното оценяване на величината на производствените ползи към *нормативния* въпрос, колко от тези ползи трябва да бъдат отчитани при социалния икономически анализ. Дилемата при определянето на приоритети е свързана с извода, че най-производителните групи в обществото са третираны приоритетно за сметка на групи, които поради различни причини, са по-малко продуктивни. Това заключение, наред с методологичните трудности, свързани с коректното изчисляване на реалните производствени ползи, обяснява защо включването на производствените ползи е спорен въпрос в литературата и защо много национални ръководства за икономическа оценка в здравеопазването не препоръчват включването им в анализа.

Американските компетентни органи например препоръчват при анализа „разход-резултат“ да се отчита „само въздействието върху останалата част от обществото“¹². Следователно, данъците и доброволните контрибуции (помощи) към останалите членове на обществото са ползите, които те считат за наистина релевантни при анализа „разход-резултат“.

Мнението, че „само въздействието върху останалата част от обществото“ има значение наподобява концепцията за „*осигуряващия прехраната*“. Този, който осигурява прехраната е важен за останалите членове на домакинството дотолкова, доколкото неговите доходи гарантират тяхното съществуване. Следователно, въпросът колко важен е даденият човек за благосъстоянието на другите членове на домакинството или обществото е ключов при вземането на решение чий живот да бъде спасен. Когато се харчат оскъдните ресурси на обществото има значение размерът на благата, които се връщат обратно на неговите членове, а не личният нетен доход, който индивидът може законно да задържи за себе си.

За опростяване на модела се приема, че всички приноси към обществото се събират чрез данъчната система и че системата на здравеопазване е изцяло данъчно финансирана. Следователно, вместо да се включват брутните доходи под формата на производствени ползи, които да бъдат извадени в числителя на СРРз, се изважда само тази част от доходите, която се превръща в данъци.

В таблица 3. са показани три алтернативни здравни програми (А, В и С), които дават идентичен здравен резултат ($3 = 1 \text{ QALY}$). Програмите се различават по разходите на

¹² Weinstein MC et al. (1997) Productivity costs, time costs and health-related quality of life: A response to the Erasmus Group. Health Economics, 6, 505-10.

здравния сектор (ЗР), производствените ползи (ПП = 3) и данъците (Д). Следователно СРРз е различно в зависимост от това дали се изваждат ползи и кои са те.

Ако се приеме „тесния” подход и се отчитат само разходите на здравната система, програма А се откроява като най-ефективна по отношение на разходите ($ЗР/3 = 30$).

При „широкия” подход с отчитане на пълните производствени ползи в числителя, програма С става най-ефективна по отношение на разходите ($ЗР - ПП/3 = 5$).

Ако се възприеме някакъв междинен подход и се отчитат само данъчните контрибуции, програма В е най-ефективна по отношение на разходите: $(ЗР - Д)/3 = 28$.

Таблица 3. Съотношението „разход-резултат“(СРРз) е различно в зависимост от това дали се изваждат ползите и точно кои ползи се изваждат

	З(QALY)	ЗР	ПП	Д	ЗР/3	(ЗР-ПП)/3	(ЗР-Д)/3
А	1	30	0	0	30	30	30
В	1	40	30	12	40	10	28
С	1	60	55	22	60	5	38

По принцип данъчното облагане има три цели: 1) социално осигуряване на данъкоплатеца; 2) финансиране на публични блага и други правителствени разходи и 3) преразпределение към други членове на обществото. Следователно, само част от данъците се насочва за финансиране на здравеопазването. Това означава, че ако се изхожда от гледната точка на „ресурсите за здравеопазване”, при изчисляването на СРРз, трябва да се извади само тази част от Д, която е вероятно да представлява увеличените постъпления за здравния сектор.

Няма правилен или грешен отговор на въпроса дали и колко производствени ползи трябва да бъдат взети предвид в рамките на икономическата оценка в здравеопазването.¹³

Има две крайни гледни точки: напълно да се пренебрегнат или изцяло да се включат. Алтернативна позиция в контекста на данъчно финансираната здравна система, е да се включи само тази част от данъците, която представлява данъчни контрибуции. Дори и в този случай политиките могат да възразят срещу включването им, защото при пропорционално или прогресивно данъчно облагане високодоходните групи пациенти ще се ползват с приоритет. В този случай алтернатива може да бъде отчитането само на тази част от данъците, която води до увеличаване на размера на здравните бюджети. Например, при данъчна ставка 40% и 20% данъчни приходи за здравния сектор, се отчитат 8% от пълните производствени ползи.

Ако анализът се интересуваше от промените в онези ресурси, които са под контрола на „останалите членове на обществото”, които за по-просто могат да се разглеждат като правителството, следва че всяка промяна в данъчните приходи или плащанията на обезщетения за болнични трябва да се отчита като релевантна. Публичният портфейл ще спести обезщетения за болнични, когато оздравелите хора се върнат обратно на работа, а

¹³ Morris, S., Devlin, N. and Parkin, D., (2007) Economic analysis in health care. Chichester: John Wiley.

тези спестявания могат да бъдат похарчени за повече здравни услуги или за повече други публично финансирани блага. Отново, въпреки че резултатът е в полза на групите пациенти, които имат работа, на която да се върнат, другите членове на обществото вероятно също биха одобрили такава политика дотолкова, доколкото разходите за лечение не надвишават очакваното увеличение на приходите и спестяванията в публичния портфейл.

2.2. Парична стойност на подобреното здраве

В съответствие с теорията, че хората търсят здравни услуги, заради очаквания им положителен ефект върху здравето¹⁴, тук вниманието е насочено по-скоро към паричната стойност на подобреното здраве, отколкото към стойността на здравните услуги.

1) Какво се остойносттава?

Подобренията в здравния статус могат да варират според величината си от случай на спасено дете с очаквана продължителност на предстоящия живот например 80 години, до пределна част от QALY, която е прекалено малка (например 30 дни).

Следователно, колкото по-дълго е оставащото *време живот* (ВЖ), толкова по-големи са здравните ползи; колкото по-голям е прирастът в подобрението на здравния статус (ПЗС), толкова по-големи са здравните ползи; и колкото по-голяма е вероятността (В) за успешен изход от интервенцията, толкова по-големи са очакваните здравни ползи. И накрая, колкото по-голям е броят на пациентите (БП), които могат да бъдат лекувани, толкова по-големи са здравните ползи.

Твърдението „колкото повече, толкова по-добре” по отношение на здравните ползи е не само разумно от интуитивна гледна точка, но се посочва и за една от целите на съвременната здравна политика, а именно „максимизиране на здравните ползи”. Следователно, необходимо условие при измерването на здравните ползи в паричен еквивалент, е да се използва инструмент за оценка, който може да отчете вариациите в размера на здравните ефекти. С други думи, колкото по-големи са ВЖ, ПЗС, В и БП, толкова по-голяма е паричната стойност на здравната програма.

2) Как се остойносттава?

По принцип, предпочитанията могат да бъдат *разкрити* чрез фактически действия на пазара (покупка), където се осъществява размяната на различни блага с различни характеристики. От друга страна, потребителите могат да *заявят* своите предпочитания чрез избора, който правят отговаряйки на хипотетични въпроси.

Икономистите принципно подкрепят изявените предпочитания, защото те вярват повече на *действителното поведение* на хората, отколкото на това, което те заявяват, че биха направили. Този принцип е добър в случай, че благата се предлагат на пазара. Когато обаче благата, които искаме да оценим, не се предлагат на обикновените пазари, предпочитанията

¹⁴ Grossman, M., (1972) On the Concept of Health Capital and the Demand for Health; Journal of Political Economy, 80,2, pp.223-255.

трябва да бъдат разкрити по друг начин. Много рядко могат да се намерят пазарни аналози, чрез които потребителите биха могли да изразят своята оценка за стойността на подобренията в здравния статус.

Що се отнася до извличането на паричната оценка на базата на фактическо поведение на потребителите, *цената на безопасността* се намира някъде по средата между „нормалните блага” и здравето. На пазара се предлага богат асортимент от стоки за безопасност (напр. по-сигурни коли, детектори за дим и др.) и ако разделим цената на стоката за безопасност на маргиналното намаление на риска, може да бъде извлечена *имплицитната цена на живота*. Сравненията между подобни оценки на абсолютната цена на живота показват огромни различия между различните видове стоки за намаляване на риска¹⁵. Следователно, потребителите или са неинформирани за величината на различните начини за намаляване на риска и/или имат много ясно виждане по въпроса как предпочитат да *не* умрат. Друг пазарен аналог, от който може да бъде извлечена паричната стойност на живота е *пазара на труда*, на който се прилага увеличаване на трудовото възнаграждение, като компенсация за приемане на по-голям риск.

За блага, които не са налични на добре функциониращите пазари или за които е трудно да се намерят пазарни аналози, икономистите са разработили методи за конструиране на *хипотетични пазари*. Тези методи се наричат *методи на вероятностна оценка*, тъй като от респондентите се иска да посочат стойност (цена), която би била истинска при точно определени условия. Вероятностната оценка е обобщаващ термин за различни видове въпроси за хипотетична парична оценка¹⁶.

Най-широко прилаганата разновидност на методите за вероятностна оценка на цената на здравето и здравните услуги досега е методът *„желание/готовност за плащане” (WTP)*. Методът се базира на тезата, че благого има стойност за потребителя само до размера на това, което той е готов да пожертва, за да го придобие. Така че, колкото повече от дохода си е готов да пожертва потребителят, толкова по-висока е стойността на въпросното благо. Следователно, максималното желание за плащане изразява паричната оценка на респондента за благого.

Логичната начална точка на проучване на желанието за плащане е определяне на обекта на оценка. Ключова концепция тук е *описание на сценарии*, които обясняват характеристиките на даденото благо. В здравеопазването е важно да се опишат различните видове резултати, например: всякакви подобрения в здравното състояние, неговата продължителност и вероятността за успех.

Ако резултатите се представят в предварителен план от гледна точка на здравното осигуряването, определянето на вероятността от възникването на потребност от здравна услуга е от ключово значение.

¹⁵ Tengs, T. O., Adams, M. E., Pliskin, J. S. et al. (1995) Five hundred life-saving interventions and their cost effectiveness. Risk Analysis, 15 (3), 369-90.

¹⁶ Веков, Т., Салчев, П., Велева, Н., Джамбазов, С., Стефанова, П. (2020) Икономика на здравеопазването, Издателски център на МУ-Плевен, с. 452 [Vekov T, Salchev P, Veleva N, Djambazov S, Sefanova P (2020) Ikonomika na zdraveopazvaneto, Izdatelski Tzentar na MU-Pleven, p.452]

Ако резултатите се разглеждат от гледна точка на обществената политика, броят на пациентите, които използват програмата, има важно значение. Освен това, всяко друго описание на процеса трябва да бъде включено, ако се прецени за релевантно. В идеалния случай трябва да бъде предоставена информация за всички атрибути на програмата, за които се счита, че носят полезност, вкл. всички *странични ефекти*, намаляващи полезността. Като ограничение обаче, се явяват познавателните способности на респондентите по отношение на справянето с обема на информацията.

Второто съображение, което е обект на голям интерес, е *форматът на въпросите*, т.е. как трябва да бъдат формулирани въпросите за желанието за плащане. Възможни са четири варианта: 1) *отворени въпроси*, в които всъщност се пита „Колко сте готови да платите?“ без да посочват някаква сума; 2) *затворени въпроси*, в които се пита „Бихте ли желали да платите X лева?“, при които X варира в подгрупите и на базата на варирането на дела на положително отговорилите в подгрупите, се изчислява крива на търсенето; 3) *итеративни игри с наддаване*, в които интервюиращият започва с дадена сума и продължава с въпроса дали ще е приемлива по-висока или по-ниска сума в зависимост от отговора на предходния въпрос и 4) *разплащателни карти*, при които са изброени алтернативните цени, обикновено от 0 до даден реалистичен максимум, а от респондентите се иска да заградят сумата, която е най-близко до тяхното максимално желание за плащане. В литературата има много спорове относно това кой е най-добрият и най-точен формат за въпросите. На практика няма значителни разлики в средните стойности, които се получават при различните формати на въпросите.

Проблем при прилагането на метода е, че не отчита размера на благо: хората би трябвало да са готови да платят повече за повече, но има много практически доказателства, че методът „готовност за плащане“ не е чувствителен към размера на намаляването на риска и обхвата на ползата, както и към размера на здравните резултати.

Пример за неуместност на метода и от теоретична гледна точка е фактът, че дори малки лексикални промени в описанията на сценариите могат да имат огромен ефект върху заявеното желание за плащане. Друг проблем, който е установен на практика е, че оценката на респондента за настоящата програма може да повлияе на оценката му за следващата програма.

3) Ценови прагове

Едно от последните приложения на метода „желание за плащане“ е за определяне на изричен **ценови праг** за QALY, или стойност, която представлява горен таван за приемлива разходна ефективност или **стойност, която обществото е готово да плати за една QALY**.

В някои страни държавен орган (напр. NICE във Великобритания) определя изрични гранични стойности. Ако инкременталното съотношение „разход-резултат“ (ICER)¹⁷ е над граничната стойност, новата програма не се приема. Ако ICER е под прага, програмата

¹⁷ ICER – Incremental Cost-Effectiveness Ratio

получава финансиране с публични средства. Следователно, граничните стойности показват колко е готово да плати обществото за една QALY, т.е. **желанието за плащане на обществото**. Препоръките на СЗО са праговата стойност за QALY да бъде обвързана с трикратния размер на БВП на човек от населението за съответната страна. В случай, че граничните стойности не са посочени в нормативен акт или ръководство¹⁸, те могат да се извлекат от предходни решения на компетентните органи, отговарящи за цените и реимбурсирането на лекарствените продукти и др.¹⁹ В тези случаи най-високото ICER, което е било прието се счита за максималното желание за плащане за една QALY.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Според Портър²⁰ резултатът, който трябва да се търси в здравеопазването е постигането на висока стойност за пациентите и това трябва да се превърне в доминираща цел при предоставянето на здравни услуги. Именно тази цел обединява интересите на всички участници в системата. При увеличаване на стойността печелят пациентите, финансиращите институции, изпълнителите на здравни услуги и икономическата устойчивост на здравната система нараства.

Основен проблем за постигането на тази цел е фактът, че в голяма степен стойността в здравеопазването не се измерва и не се разбира правилно.²¹

Стойността трябва да се дефинира винаги според потребностите на пациентите и възнагражденията на участниците в системата трябва да се определят според създаването на стойност за пациентите. Важно е да се подчертае, че стойността зависи от постигнатите резултати, а не от вложените ресурси. Следователно, стойността в здравеопазването трябва да се измерва чрез постигнатите здравни резултати, а не от обема на предоставените услуги.

Тъй като стойността се дефинира като резултат от здравната дейност (здравно подобрение), постигнат за единица финансов ресурс, то тя включва коефициент на полезност. Намалването на разходите, без да се вземат предвид постигнатите здравни резултати, е опасно и противоречи на поставената цел (стойност за пациента), което може да ограничи ефективността на здравната система.

БИБЛИОГРАФИЯ

Arrow, K.J. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*; 53:941-73.

¹⁸ EUnetHTA European Network for Health Technology Assessment. Practical considerations when critically assessing economic evaluations. Guidance document. (2021). https://eunetha.eu/wp-content/uploads/2020/03/EUnet-HTA-JA3WP6B2-5-Guidance-Critical-Assessment-EE_v1-0.pdf.

¹⁹ Husereau D. et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) (2022) Statement: Updated Reporting Guidance for Health Economic Evaluations. *VALUE HEALTH*. 25(1):3–9

²⁰ Porter M.E., (1995) What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363:2477-81.

²¹ Caulley L, Catalá-López F, Whelan J, et al. (2020) Reporting guidelines of health research studies are frequently used inappropriately. *J Clin Epidemiol*; 122:87–94. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.03.006>.

- Becker, G., (1962) Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis, *The Journal of Political Economy*, Vol.70, Issue 5, Part 2, Investment in Human Beings, 9-49.
- Caulley L, Catalá-López F, Whelan J, et al. Reporting guidelines of health research studies are frequently used inappropriately. *J Clin Epidemiol.* 2020;122:87–94. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.03.006>.
- Drummond, M. et al., (1997) *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press.
- EUnetHTA European Network for Health Technology Assessment. Practical considerations when critically assessing economic evaluations. Guidance document. (2021). https://eunethta.eu/wp-content/uploads/2020/03/EUnet-HTA-JA3WP6B2-5-Guidance-Critical-Assessment-EE_v1-0.pdf.
- Grossman, M., (1972) On the Concept of Health Capital and the Demand for Health; *Journal of Political Economy*, 80,2, pp.223-255.
- Husereau D. et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) 2022 Statement: Updated Reporting Guidance for Health Economic Evaluations. *VALUE HEALTH.* 2022; 25(1):3–9
- Malone DC, Ramsey SD, Patrick DL, et al. Criteria and Process for Initiating and Developing an ISPOR Good Practices Task Force Report. *Value Health.* 2020;23:409–415. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.03.001>.
- Morris, S., Devlin, N. and Parkin, D., (2007) *Economic analysis in health care*. Chichester: John Wiley.
- Mushkin, S.J., Health as an Investment, *Journal of Political Economy*. Vol.70, No.5, Part 2: Investments in human Beings (Oct.,1962), 129-157.
- Olsen, A.J., (2009) *Principles in Health Economics and Policy*, Oxford University Press.
- Porter M.E., (1995) What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363:2477-81.
- Tengs, T. O., Adams, M. E., Pliskin, J. S. et al. (1995) Five hundred life-saving interventions and their cost effectiveness. *Risk Analysis*, 15 (3), 369-90.
- Williams, A., (1988) Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle. *Journal of Health Economics* 7:173-83. Copyright Elsevier
- Weinstein MC et al. (1997) Productivity costs, time costs and health-related quality of life: A response to the Erasmus Group. *Health Economics*, 6, 505-10.
- Веков, Т., Салчев, П., Велева, Н., Джамбазов, С., Стефанова, П. (2020) Икономика на здравеопазването, Издателски център на МУ-Плевен, с. 452 [Vekov T, Salchev P, Veleva N, Djambazov S, Sefanova P (2020) *Ikonomika na zdraveopazvaneto*, Izdatelski Tzentar na MU-Pleven, p.452]
- Веков, Т, Григоров Е, Велева Н, Джамбазов С (2015), Оценка на лекарствени терапии. Теория и практика, Издателски център на МУ-Плевен, сс.69-87[Vekov T, Grigorov E, Veleva N, Djambazov S (2015) *Ocenka na lekarstveni terapii*, Izdatelski Tzentar na MU-Pleven, pp.69-87]
- Велева, Н. Икономика на здравеопазването, Издателски Център на МУ-Плевен, 2018 [Veleva N. (2018), *Ikonomika na zdraveopazvaneto*, Izdatelski Tzentar na MU-Pleven]
- Делчева, Е. Икономика на здравеопазването, Издателски център на МУ-Плевен, 2013 [Delcheva, E. (2013), *Ikonomika na zdraveopazvaneto*, Izdatelski Tzentar na MU-Pleven, p.21]

ПРИЛОЖЕНИЕ НА МОДЕЛ НА АЛТМАН ЗА ОЦЕНКА НА РИСКА ОТ НЕСЪСТОЯТЕЛНОСТ И ФИНАНСОВА (НЕ)СТАБИЛНОСТ НА БОЛНИЦИТЕ В БЪЛГАРИЯ

Минчо Минев¹, Любомира Коева-Димитрова²,
Медицински университет – Варна

Резюме

Стабилното финансово състояние на лечебните заведения е важно условие за тяхното устойчиво развитие, и гаранция за осъществяване на обществено значимата им дейност в обозримо бъдеще. Това обуславя необходимостта от изследвания насочени към определяне нивото на финансовата им стабилност, които да допринесат за вземане на информирани и превантивни решения, с цел повишаване устойчивостта на здравната ни система.

В това изследване прилагаме модифициран модел на Алтман, на база на който правим оценка на степента на финансова стабилност на тридесет и едно лечебни заведения, с преобладаващо държавна собственост. Извадката включва болниците, които са генерирани най-много приходи от договори с НЗОК за 2020 година.

Лечебните заведения с Алтман Z-score над 3, определяме като такива със стабилно финансово състояние. Болниците, които имат стойност на показателя между 1,81 и 3 са класифицирани като такива с относително стабилно финансово състояние, или попадащи в така наречената „сива зона“ на финансова стабилност, а тези със стойност под 1,8 сме класифицирали като такива в затруднено финансово състояние, или изпитващи финансови затруднения. Приложихме и контролни методи за оценка на финансовото състояние на лечебните заведения с цел да верифицираме резултатите от прилагането на Алтман модела.

Резултатите от изследването показват че само 42% (13 бр.) от болниците в извадката са в стабилно финансово състояние. 29% (9 бр.) болница попадат в зоната на относително стабилно финансово състояние, а 29% (9 бр.) са в затруднено финансово състояние и изпитват финансови сътресения. Тези резултати до голяма степен кореспондират и с контролните модели, което води към заключението, че модифицираният модел на Алтман би могъл да се използва като интегрален показател за оценка на финансовата стабилност на лечебните заведения в България. Това, че по-малко от половината от най-големите, по показател генерирани приходи, държавни болници могат да се определят като финансово стабилни, поражда притеснения. Откроява се и необходимостта от допълнителни изследвания, с цел извършване на комплексна оценка на финансовото състояние на по-голям брой лечебни заведения.

¹ Минчо Минев има докторска степен по „Счетоводство, анализ и контрол на стопанската дейност“ от Икономически университет – Варна от 2016 г. От 2017 е асистент, а от 2018 главен асистент в катедра „Икономика и управление на здравеопазването“ на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна. Научните му публикации и интереси са в сферата на финансовото и управленското счетоводство, финансово-счетоводния анализ и финансовия мениджмънт в сферата на здравеопазването.

² Любомира Драгомирова Коева-Димитрова е доктор по икономика, доцент по "Счетоводна отчетност, контрол и анализ на стопанската дейност", ръководител на учебен сектор "Здравно-икономически и финансови анализи" към катедра "Икономика и управление на здравеопазването" на МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна. Има втора специалност „Икономика на здравеопазването“. Научните ѝ публикации са над 60, основно в областта на финансово-счетоводния анализ и финансовия мениджмънт в здравния сектор, финансовото и управленското счетоводство в здравеопазването. Автор е на монографиите: "Анализ на финансовото състояние на диагностично-консултативните центрове - методологични и приложни аспекти" (2016), "Управленско счетоводство в здравните организации" (2004). Съавтор в колективните монографии: "Болничен мениджмънт" (2005) и "България: Преглед на здравните системи. Здравни системи в преход" (2019).

Ключови думи: финансово състояние на болниците, Алтман Z-score, оценка на финансовата стабилност на лечебните заведения

APPLYING ALTMAN Z-SCORE ANALYSIS FOR ASSESSING THE FINANCIAL STRENGTH, AND THE RISK OF INSOLVENCY OF BULGARIAN HOSPITALS

Mincho Minev³, Lyubomira Koeva-Dimitrova⁴,
Medical University – Varna

Abstract

The financial stability of the hospitals is an essential prerequisite for their sustainable development and a warrant for the continuous execution of their socially significant role. Thus, research aimed at assessing hospitals' financial strength could drive well-informed preventive policy measures to increase our health system's resilience.

In this study, we apply a modified Altman Z-score model to assess the degree of financial stability of thirty-one state-owned hospitals. The sample includes the hospitals that have generated the highest income from contracts with the NHIF in 2020.

The hospitals with Altman Z-score over 3, we define as ones in good financial condition. Hospitals with a value between 1.81 and 3 are classified as relatively stable financially or fall into the so-called "grey area" of financial stability. Those with a Z-score below 1.8 are classified as having a problematic financial condition or experiencing financial distress. We also applied two other applicable methods for assessing the financial condition of hospitals to affirm the results from the application of the Z-score model.

The results show that only 42% (n=13) of the hospitals in the sample are in stable financial condition. 29% (n=9) of hospitals fall into the grey area and have relatively stable financial conditions, and 29% (n=9) are in difficult financial conditions and are experiencing financial distress. These results essentially correspond to the control models, which concludes that the modified Altman Z-score model is applicable as an integral indicator for assessing the financial stability of hospitals in Bulgaria. The results suggest that less than 50% of the biggest by revenue, state-owned hospitals are robust financially, raising our concern. This indicates the need for additional research to thoroughly assess Bulgarian hospitals' financial condition.

Key words: financial analysis of hospitals, Altman Z-score, assessment of financial stability of hospitals

³ Mincho Minev holds a PhD in Accounting, financial control, and analysis gained at the University of Economics – Varna in 2016. Since 2017 he has been an assistant professor in the Health economics and management department at the Faculty of Public health, Medical University - Varna. His main research interests are in financial management in the Healthcare sector, Financial and Managerial Accounting in Healthcare, Costing of healthcare services, and access to healthcare services.

⁴ Lyubomira Dragomirova Koeva-Dimitrova, PhD is Associate Professor in Accounting, Control and Financial Analysis and Head of the Educational Sector "Health Economic and Financial Analyses" at the Department of Health Economics and Management of the Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov" - Varna. She has a second specialization degree in Health Economics. Her scientific publications are over 60, mainly in the field of financial and accounting analysis and financial management, financial and management accounting in health care organisations, such as: 'Analysis of the financial situation of diagnostic and consultative centres - methodological and applied aspects' (2016), 'Management accounting in healthcare organisations' (2004). Hospital Management (2005), Bulgaria. Health Systems in Transition" (2019).

УВОД

Финансовата нестабилност е често срещан проблем в българските държавни и общински болници. Едва 20 % от тях са в стабилно финансово състояние през 2014 г., по оценки, базирани на капиталовата адекватност и на рентабилността, като този дял спада до 13,4% през 2016 г. (Министерство на здравеопазването, 2015; 2017). Несъмнено, стабилното финансово състояние на лечебните заведения е важно условие за тяхното устойчиво развитие, и гаранция за осъществяване на общественото значимата им дейност в обозримо бъдеще. Считаме, че стабилното финансово състояние на болниците има отношение към стабилността на болничния сектор в България. Това обуславя необходимостта от изследвания насочени към определяне нивото на финансовата им стабилност, които да допринесат за вземане на информирани и превантивни решения, с цел повишаване устойчивостта на здравната ни система като цяло.

Според нас, моделът на Алтман може да се използва като ценен инструмент за оценка на финансовата стабилност и на риска от несъстоятелност, индикиращ вероятността от настъпване на неплатежоспособност, а в по-късен етап - на несъстоятелност или фалит. Интерпретацията на получените резултати следва да послужи за вземане на своевременни, адекватни и обосновани управленски решения, свързани с бъдещето на тези лечебни заведения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В настоящото изследване, основен източник на информация (материал) за изчисленията на финансовите съотношения и определяне на финансовото състояние на изследваните лечебни заведения са данните от Годишния финансов отчет (ГФО) на организациите, публикувани в Търговския регистър и регистър на юридическите лица с нестопанска цел. Субектът на анализа – анализаторът, е външен за лечебните заведения. Провежданият анализ на финансовото състояние също се явява външен за анализираните обекти. Ето защо, са използвани основно достъпните източници на финансово-счетоводна информация (годишен финансов отчет), които могат да бъдат намерени в публичното пространство.

Изследването обхваща изходните данни за определяне на финансовото състояние за 2019 г. и 2020 г., оповестени в годишните финансови отчети. Това са последните финансови отчети на лечебните заведения, попадащи в извадката, които са публикувани в общодостъпните регистри към момента на изследването. Времето ограничение на анализа е продиктувано от резултатите от други изследвания, които доказват, че възможностите на модела на Алтман за прогнозиране на финансовото състояние на лечебните заведения значително намаляват когато се изследва период по-дълъг от две години (Wertheim, Lynn, 1993; Puro et al., 2019).

В настоящото изследване е включена извадка от лечебни заведения с над 50 на сто участие на държавата в капитала. В извадката попадат общо 31 лечебни заведения, които по данни на Министерство на здравеопазването са реализирали най-много приходи през 2020 година

(Министерство на здравеопазването, 2021). Сред водещите фактори, които ни насочиха към избора именно на тези лечебни заведения можем да открием:

- Приходите, които тези лечебни заведения са реализирали, формират 86,6% от всички приходи реализирани от лечебните заведения с преобладаващо държавно участие в собствеността през 2020 година.
- Предвид факта, че основни източници на приходи на тези лечебни заведения са плащанията от страна на Национална здравноосигурителна каса, за извършената дейност, и трансфери от Министерство на здравеопазването, то можем да заключим, че в тях е концентриран голям дял от обществения ресурс за болнична медицинска помощ.
- Всички лечебни заведения в извадката са със структуроопределящо значение за функционирането на болничния сектор в страната.

На основа на горните мотиви считаме, че стабилното финансово състояние на тези лечебни заведения има отношение към стабилността на болничния сектор в България.

Модифицираният четирифакторен модел на Алтман, чиято приложимост в българския болничен сектор тестваме в настоящото изследване, не е апробиран до сега в този контекст. Това налага използването на допълнителни контроли, с помощта на които да верифицираме, или евентуално отхвърлим заключенията, до които ни води прилагането на тази методика. Тези контроли за тестване на приложимостта на метода са в две основни направления:

- Изчисляване на Altman Z-score за лечебни заведения, които са прекратили своята дейност. Целта е да се провери дали тези лечебни заведения са имали Altman Z-score, който да предполага наличието на притеснения, относно тяхната финансова стабилност.
- Прилагане на други, утвърдени и прилагани в България, модели за оценка на финансовото състояние на лечебните заведения и съпоставка на оценката за финансовата стабилност на организациите, получена при прилагане на тези модели и заключенията, към които води изчисленият Altman Z-score. Като контролни модели сме използвали методиката на проф. Трифонов, обхващаща три финансови показателя за финансовото състояние, както и оценка на степента на декапитализация на лечебното заведение, предложена в доклад на Министъра на здравеопазването (Коева-Димитрова, Минев, 2017).

РЕЗУЛТАТИ

Литературният обзор на научните публикации, свързани с анализ на риска от несъстоятелност и финансова (не)стабилност показва, че изследванията на рисковете от фалит на компаниите по същество датират от края на 30-те години в САЩ (Коева-Димитрова, 2016). През годините са разработени серия модели за решаване на проблема чрез анализ на група компании, изследвани по предварително избрани качествени характеристики (финансово-икономически съотношения). Повечето от успешните изследвания в тази област се реализират с помощта на дискриминантни многофакторни модели, разработени чрез многомерен дискриминантен анализ. Значима група модели за прогнозиране на вероятността

от фалит представляват Z-моделите, разработени от Алтман (Altman, 1968). Тук се включват двуфакторният, петфакторният и седемфакторният Z-модел за прогнозиране на фалит на публично търгувани производствени предприятия. В последствие, Алтман модифицира своя оригинален модел за частни производствени и непроизводствени предприятия и компании за услуги (Altman, 2000). Моделът на Алтман, в последствие е модифициран в четирифакторен Z-модел, който се основава на претеглена оценка от четири вида съотношения (т.е. финансов ливъридж, рентабилност, ликвидност и капиталова структура) (Altman, 1984). Вече пет десетилетия, моделите на Алтман се използват като надеждни показатели за финансови затруднения и прогнозиране на бъдещи фалити (Altman et al., 2017).

През 2004 г. Алмуаджех модифицира и адаптира четирифакторният модел на Алтман, в модел за оценка на финансовата стабилност и прогноза на финансови затруднения в болници в САЩ (Almwajeh, 2004). Алмуаджех разработва и задава нови относителни тегла и променя мерките на четирите финансови съотношения, използвани от Алтман. Алмуаджех установява, че резултатите за прогнозиране на закриването на болници съответстват на констатациите на Алтман за прогнозиране на закриването на частни производствени, непроизводствени компании, и компании в областта на услугите.

За изчисляване на Z-стойността, в модифицирания модел на Алтман се използва формулата:

$$z = 6,56X_1 + 3,26X_2 + 6,72X_3 + 1,05X_4$$

Където,

Променливата X_1 представлява съотношението между нетния оборотен капитал (текущите активи минус текущите задължения) и общите активи;

Променливата X_2 представлява съотношението на неразпределената печалба към общите активи;

Променливата X_3 представлява печалбата преди данъци, отнесена към общата сума на активите.

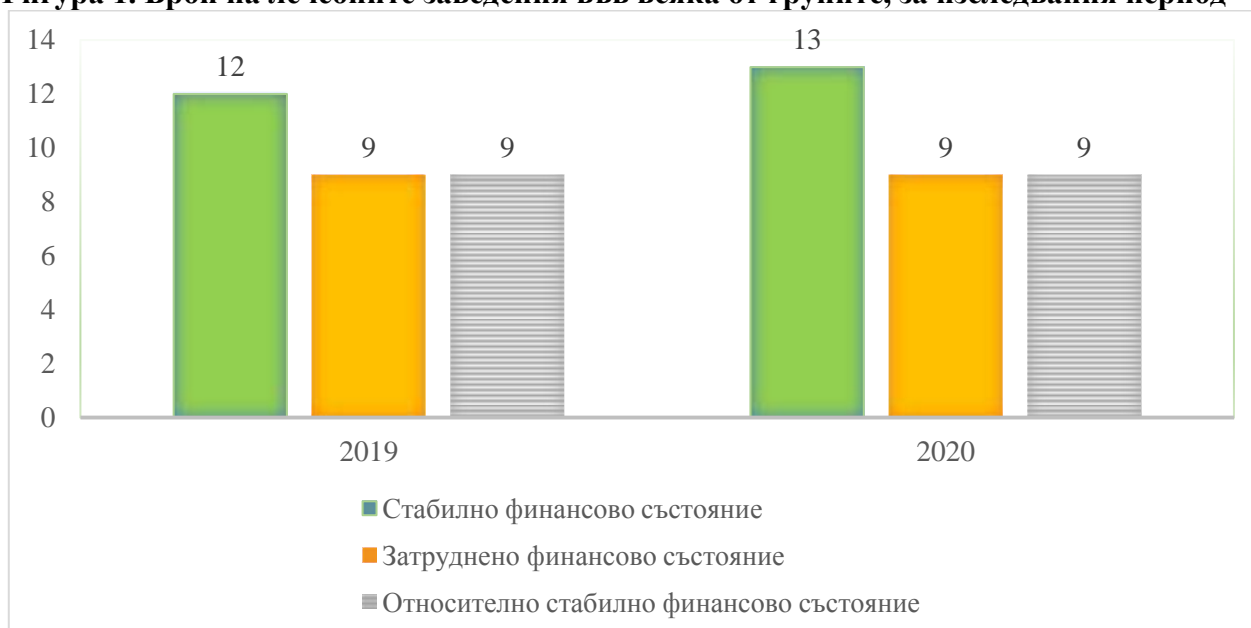
Променливата X_4 представлява стойността на собствения капитал, разделен на балансовата стойността на дълга.

Всяка оценка по-голяма от 3,0 означава добро финансово състояние. Резултат между 1,81 и 3,0 представлява сива зона или потенциално предстоящо финансово затруднение. Резултатите, които са по-малки от 1,8, представляват болници в тежко финансово състояние или в непосредствен риск от банкрут. Ниските резултатите на Z-стойността (приближаващи 0, или отрицателни) показват лошо финансово състояние (Langabeer et al., 2018).

За целите на нашето изследване болниците са разпределени в три групи, съобразно изчисления за тях Z-score. Тези от тях със Z-score под 1,8 сме класифицирали като такива в затруднено финансово състояние, или изпитващи финансови затруднения (financial distress). Лечебните заведения със Z-score над 3, определяме като такива със стабилно финансово състояние и в добро „финансово здраве“. Болниците, които имат стойност на показателя между 1,81 и 3 са класифицирани като лечебни заведения с относително стабилно финансово

състояние, или попадащи в така наречената „сива зона“ на финансова стабилност. На фигура 1 са представени обобщените числови данни за групирането на лечебните заведения, съобразно тези интервали.

Фигура 1. Брой на лечебните заведения във всяка от групите, за изследвания период



Източник: изчисления на авторите

Причината за разликата в общия брой на лечебните заведения за двете години е липсата на данни за финансовия отчет за 2019 година на едно от лечебните заведения, попаднало в извадката - МБАЛ Лозенец ЕАД.

В таблица 1 представяме списък на лечебните заведения, които за изследвания период, сме определили като такива със стабилно, или относително стабилно финансово състояние, заедно с изчисления Altman Z-score за всяко от тях.

В таблицата попадат и две лечебни заведения с измерен Z-score за 2019, който е под границата от 1,8. Това са МОБАЛ "Д-р Стефан Черкезов" АД, Велико Търново и МБАЛ "Д-р Ат. Дафовски" АД, Кърджали. Предвид факта, че Z-score на тези лечебни заведения за 2019 е съответно 1,73 и 1,01, което е сравнително близко до 1,8 (следващият най-близък Z-score под 1,8 е 0,04, а всички останали са отрицателни величини) и с оглед на значителното подобрение на техния Z-score за 2020, сме счели за оправдано да включим тези лечебни заведения в групата с относително стабилно финансово състояние.

Считаме за удачно да се извърши и допълнителен мониторинг на финансовото състояние на лечебните заведения със Z-score между 1,81 и 3, за да се направи по-точна и комплексна преценка, относно финансовата им стабилност.

Таблица 1. Лечебни заведения със стабилно, или относително стабилно финансово състояние (Altman Z-score близо или над 1,8)

Лечебно заведение	Altman Z-score	
	2020	2019
СБАЛИПБ "Проф. Иван Киров" ЕАД	11,02	24,17
СБР - НК ЕАД	8,25	7,61
МБАЛ "Д-р Братан Шукеров" АД, Смолян	7,67	7,79
МБАЛ "Добрич" АД	7,16	5,61
УМБАЛ "Св. Анна" АД, София	5,13	2,90
УМБАЛ "Канев" АД, Русе	4,88	8,34
МБАЛ Лозенец ЕАД	4,73	Няма данни
УМБАЛ "Св. Марина" - Варна ЕАД	4,57	3,98
МБАЛ "Хасково" АД	4,49	3,06
УМБАЛ "Св. Екатерина" ЕАД	4,12	22,52
МБАЛ "Пазарджик" АД	3,93	4,92
УМБАЛ "Св. Ив. Рилски" ЕАД	3,42	3,68
МОБАЛ "Д-р Стефан Черкезов" АД, Велико Търново	3,03	1,73
УМБАЛ "Св. Георги" - Пловдив ЕАД	2,89	2,34
УСБАЛ по онкология ЕАД	2,88	2,66
МБАЛ - НКБ ЕАД	2,61	2,84
МБАЛ "Д-р Тота Венкова" АД, Габрово	2,57	3,80
МБАЛ "Д-р Ив. Селимински" АД, Сливен	2,52	2,09
МБАЛ "Д-р Ат. Дафовски" АД, Кърджали	2,31	1,01
СБАЛАГ "Майчин дом" ЕАД	2,20	2,10
МБАЛ "Благоевград" АД	2,06	2,85
УМБАЛ "Георги Странски" - Плевен ЕАД	1,96	3,45

Източник: изчисления на авторите

В таблица 2 е представен списък на лечебните заведения, попаднали в извадката, чиито стойности на Altman Z-score дават основание да ги класифицираме като такива в затруднено финансово състояние.

Таблица 2. Лечебни заведения в затруднено финансово състояние (Altman Z-score под 1,8 и за двете години)

Лечебно заведение	Altman Z-score	
	2020	2019
УМБАЛСМ "Н.И. ПИРОГОВ" ЕАД	-0,17	-2,46
УМБАЛ "Александровска" ЕАД	-2,92	-4,28
УМБАЛ "Царица Йоанна - ИСУЛ" ЕАД	-0,23	-0,27
СБАЛХЗ ЕАД	-1,35	-4,98
УМБАЛ "Бургас" АД	1,07	0,04
УМБАЛ "Д-р Ст. Киркович" АД, Стара Загора	-5,29	-12,57
УМБАЛ "Пловдив" АД	-4,82	-4,90
МБАЛ "Св. Анна" - Варна АД	-2,23	-1,91
МБАЛ "Шумен" АД	-1,42	-3,72

Източник: изчисления на авторите

ДИСКУСИЯ

Анализирайки данните за изчисления Z-score на лечебните заведения за двете години, прави впечатление, че при двадесет от тях има увеличение и при единадесет намаление на този показател през 2020 спрямо 2019 година. Като се изключат най-ниското и най-високото изменение, средната стойност на увеличение на Z-score е 1,24, а средната стойност на намаление е 2,44 пункта. На база на тези данни може да се заключи, че за повечето лечебни заведения, попадащи в извадката, кризисната 2020 година не е довела до значителна промяна във финансово състояние. Считаме, че са необходими и допълнителни анализи, които да дадат по-ясна представа за степента, до която пандемията е оказала влияние на финансовата стабилност на болничния сектор в страната.

За целите на анализа сортирахме лечебните заведения, попаднали в нашата извадка, в низходящ ред спрямо генерираните от тях приходи за 2020 година и ги разделихме на две групи. В първата група попаднаха първите петнадесет лечебни заведения по сума на приходите, а във втората група останалите шестнадесет. Прави впечатление, че шест от общо деветте лечебни заведения, чиито Altman Z-score ги класифицира като такива със затруднено финансово състояние, попадат в първата половина. С други думи, шест от петнадесетте най-големи държавни лечебни заведения, по показателя реализирани приходи, не могат да бъдат класифицирани като организации със стабилно финансово състояние. Имайки предвид начина по който се финансират тези лечебни заведения – предимно съобразно размера на извършваната от тях дейност, може да се изкаже хипотезата, че не винаги повечето хоспитализации (дейност) са асоциирани с по-добри финансови резултати и по-стабилно финансово състояние. Тестването на валидността на тази хипотеза, както определянето на евентуална зависимост между Altman Z-score на дадено лечебно заведение и фактори като формата на собственост, обема на дейността, размера и структурата на разходите и др. би могло да бъде предмет на бъдещи изследвания.

В научната литература и официални, общо-достъпни източници успяхме да идентифицираме списък от осем лечебни заведения, с преобладаваща публична собственост, които са преустановили своята дейност (Грива и кол., 2013). Успяхме да получим достъп до финансовите отчети на пет от тези осем лечебни заведения. В таблица 3 са поместени данните за изчисленият Altman Z-score, на база на информацията от последните финансови отчети, които са публикувани преди преустановяването на дейността им.

Таблица 3. Altman Z-score на лечебни заведения, преустановили дейността си

Лечебно заведение	Altman Z-score
МБАЛ "Панайот Хитов" ЕООД, гр. Кула	-31,42
МБАЛ "Д-р Стоян Сантев" ЕООД, гр. Бобов дол	-0,03
МБАЛ - Оряхово	-17,82
СБАЛВБ "Д-р Методи Миновски" ЕООД, гр. Полски Тръмбеш	-1,41
МБАЛ - Рудозем ЕООД	-15,03

Източник: изчисления на авторите

Видно от таблицата, всички лечебни заведения са имали Altman Z-score под 1,8, което е аргумент в подкрепа на приложимостта на методиката и в контекста, в който се провежда настоящото изследване.

Както бе посочено по-горе, с цел проверка на приложимостта на модела, решихме да изследваме корелацията между заключенията, които биха могли да се направят на негова база и тези, които следва да се направят при прилагане на други два модела за оценка на финансовото състояние на лечебните заведения в България.

В тази насока направихме проверка дали има връзка между Z-score на лечебното заведение и това дали то е в процес на декапитализация. Данните показват, че всички лечебни заведения в групата на тези със затруднено финансово състояние са в процес на декапитализация, т.е. величината на собствения капитал е по-ниска от размера на записания капитал. Тази зависимост е валидна и за двете години, попадащи в изследвания период. Данните за степента на декапитализация на тези лечебни заведения са представени в таблица 4.

Таблица 4 Собствен капитал като процентен дял от записания капитал на лечебните заведения с Altman Z-score под 1,8

Лечебно заведение	СК / Записан капитал	
	2020	2019
УМБАЛСМ "Н.И. ПИРОГОВ" ЕАД	36,5%	7,3%
УМБАЛ "Александровска" ЕАД	5,4%	8,6%
УМБАЛ "Царица Йоанна - ИСУЛ" ЕАД	37,7%	36,6%
СБАЛХЗ ЕАД	-65,4%	-67,1%
УМБАЛ "Бургас" АД	61,5%	55,6%
УМБАЛ "Д-р Ст. Киркович" АД, Стара Загора	-25,1%	-66,9%
УМБАЛ "Пловдив" АД	-53,6%	-64,7%
МБАЛ "Св. Анна" - Варна АД	54,2%	54,7%
МБАЛ "Шумен" АД	42,1%	38,4%

Източник: изчисления на авторите

От таблицата е видно, че при всички лечебни заведения е налице задълбочен процес на декапитализация като голяма част, а в някои случаи и всичкия записан капитал е практически изчерпан, като следствие на натрупващи се във времето отрицателни финансови резултати.

Данните за 2020 година показват, че седем от деветте лечебни заведения със Z-score под 1,8 отговарят само на по един от трите критерия за добро финансово състояние, според методиката на проф. Трифонов. За 2019 година положението е аналогично като шест от деветте лечебни заведения в тази група покриват само един от критериите. Останалите 3 покриват два от трите критерия.

За 2020 година всички дванадесет лечебни заведения, които покриват и трите критерия за класифициране като такива в добро финансово състояние имат и Z-score над 1,8. За 2019 та година девет лечебни заведения покриват и трите критерия и всички те имат Z-score над 1,8. Сравнявайки данните за 2019 и 2020 година, се забелязва, че има едно лечебно заведение, което започва да отговаря на 2 от 3 вместо на 1 от 3 индикатора и четири лечебни заведения, които започват да отговарят на 3 от 3, вместо на 2 от 3 индикатора за оценка на финансовото състояние според методиката на проф. Трифонов. Всички случаи на подобряване на финансовото състояние, измерено чрез методиката на проф. Трифонов са асоциирани и с увеличение на изчисления Z-score на лечебното заведение. Изключение прави само МБАЛ "Благоевград" АД, при която се наблюдава леко намаление на измерения Altman Z-score, но той се запазва над 2. Изложените зависимости са допълнителни аргументи в защита на това, че измененията на Z-score могат да се разглеждат като индикатор за промяна на финансовото състояние на даденото лечебно заведение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Имайки предвид, че стабилното финансово състояние на лечебното заведение се разглежда като едно от задължителните условия, то да съумява да предоставя устойчиво във времето качествени здравни услуги, считаме, че изследвания, насочени към оценка на финансовата стабилност на лечебните заведения в България, биха могли да допринесат за вземането за информирани решения от заинтересованите страни.

Резултатите от настоящото изследване показват, че модифицираният модел на Алтман би могъл да се използва като интегрален показател за оценка на финансовата стабилност на лечебните заведения в България.

Разширяването на кръга на изследвани лечебни заведения би спомогнало да се открият и факторите, с които промяната на финансовото състояние е най-силно асоциирана.

Откроява се и необходимостта от допълнителни изследвания, които да проследят зависимостите между различните модели и възможностите за тяхното комбиниране с цел извършване на комплексна оценка на финансовото състояние на лечебните заведения в България.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Almwajeh, O. (2004). Applying Altman's Z-Score Model of Bankruptcy for the Prediction of Financial Distress of Rural Hospitals in Western Pennsylvania. Indiana University of Pennsylvania.
- Altman, E. I. (1968). Financial Ratios, Discriminant Analysis and the Prediction of Corporate Bankruptcy. *The Journal of Finance*, 23(4), 589. <https://doi.org/10.2307/2978933>
- Altman, E. I. (1984). Corporate financial distress: A complete guide to predicting, avoiding, and dealing with bankruptcy. *Journal of Business Strategy (Pre-1986)*, 5(1), 102–108.
- Altman, E. I. (2000). Predicting financial distress of companies: revisiting the Z-score and ZETA models. Stern School of Business, New York University.

- Altman, E. I., Iwanicz-Drozdowska, M., Laitinen, E. K., & Suvas, A. (2017). Financial Distress Prediction in an International Context: A Review and Empirical Analysis of Altman's Z-Score Model. *Journal of International Financial Management and Accounting*, 28(2), 131–171. <https://doi.org/10.1111/jifm.12053>
- Langabeer, J. R., Lalani, K. H., Champagne-Langabeer, T., & Helton, J. R. (2018). Predicting Financial Distress in Acute Care Hospitals. *Hospital Topics*, 96(3), 75–79. <https://doi.org/10.1080/00185868.2018.1451262>
- Puro, N., Borkowski, N., Hearld, L., Carroll, N., Byrd, J., & Smith, D. (2019). Financial distress and bankruptcy prediction: A comparison of three financial distress prediction models in acute care hospitals. *Journal of Health Care Finance*, 0(0), 1–15. <http://healthfinancejournal.com/index.php/johcf/article/view/199>
- Wertheim, P., & Lynn, M. L. (1993). Development of a Prediction Model for Hospital Closure Using Financial Accounting Data. *Decision Sciences*, 24(3), 529–546. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5915.1993.tb01292.x>
- Грива, Х., Салчев, П., Атанасов, П., Кундурджиев, Т., & Дикова, К. (2013). Анализ на състоянието и проблемите на функционирането на общинските МБАЛ и причините за закриването им. *Българско Списание За Обществено Здраве*, 5(4), 3–31. [Griva, H., Salchev, P., Atanasov, P., Kundurdzhiev, T., & Dikova, K. (2013). Analiz na sastoyaniето i problemite na funktsioniraneto na obshtinskite MBAL i prichinite za zakrivaneto im. *Balgarsko Spisanie Za Obshtestveno Zdrave*, 5(4), 3–31.]
- Коева-Димитрова, Л. (2016). Анализ на финансовото състояние на диагностично-консултативните центрове - методични и приложни аспекти. Стено, МУ - Варна. [Koeva-Dimitrova, L. (2016). Analiz na finansovoto sastoyanie na diagnostichno-konsultativnite tsentrove - metodichni i prilozhni aspekti. Steno, MU - Varna.]
- Коева-Димитрова, Л., & Минев, М. (2017). Анализ на финансовото състояние на лечебните заведения за болнична помощ на територията на Област Варна. *Регионална Икономика и Устойчиво Развитие. Сборник Научни Трудове От Научна Конференция*. Варна, 280–295. [Koeva-Dimitrova, L., & Minev, M. (2017). Analiz na finansovoto sastoyanie na lechebnite zavedenia za bolnichna pomosht na teritoriyata na Oblast Varna. *Regionalna Ikonomika i Ustoychivo Razvitie. Sbornik Nauchni Trudove Ot Nauchna Konferentsia*. Varna, 280–295.]
- Министерство на здравеопазването. (2015). Анализ на финансово-икономическото състояние и медико-статистическите показатели в лечебните заведения - търговски дружества, в които министъра на здравеопазването упражнява правата на държавата, както и извършване анализ на задълженията, в т.ч. и на просрочените [Ministerstvo na zdравeopazvaneto. (2015). Analiz na finansovo-ikonomicheskoto sastoyanie i mediko-statisticheskite pokazateli v lechebnite zavedenia - targovski druzhestva, v koito ministara na zdравeopazvaneto uprazhnyava pravata na darzhavata, kakto i izvarshvane analiz na zadalzheniyata, v t.ch. i na prosrochenite]
- Министерство на здравеопазването. (2017). Доклад за текущото финансово състояние на държавните и общинските лечебни заведения за болнична помощ. [Ministerstvo na zdравeopazvaneto. (2017). Doklad za tekushtoto finansovo sastoyanie na darzhavnite i obshtinskite lechebni zavedenia za bolnichna pomosht.]
- Министерство на здравеопазването. (2021). Финансови показатели на лечебни заведения за болнична помощ IV-то тримесечие 2020 г. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/09/13/finansovi_pokazateli_na__lzbp_iv_t_rimesechie_2020.xlsx [Ministerstvo na zdравeopazvaneto. (2021). Finansovi pokazateli na lechebni zavedenia za bolnichna pomosht IV-to trimesechie 2020]

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА В УСЛОВИЯТА НА КОВИД-19 / HEALTH POLICY IN THE COVID- 19 ERA

КОСВЕНИТЕ ЕФЕКТИ НА ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19 – ОТЛАГАНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ПОСЛЕДСТВИЯТА ЗА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Мария Рохова¹, Медицински университет - Варна

Резюме

Цел: Косвените ефекти на пандемията от COVID-19 могат да бъдат много по-големи от проблемите, свързани със самата коронавирусна инфекция, от гледна точка на последствията за хроничните незаразни заболявания, увеличения болестен товар за индивидите и обществото като цяло и възможностите на здравните системи да отговорят на нарасналите потребности. Целта на настоящото изследване е да се анализират причините и детерминантите за отлагане на използването на здравни услуги в България. По-конкретно са проучени дялът на гражданите, които са отложили здравни услуги, мотивите за това решение и характеристиките на тези пациенти.

Методи: Използвани са данни от национално представително проучване, проведено през месец ноември 2021 г. с помощта на онлайн анкета след пълнолетни граждани. Общо 800 респонденти са включени в анализа.

Резултати: От участниците в проучването, 36,0% са отложили използването на здравни услуги през последните 12 месеца. От лечение или изследвания в извънболничната помощ са се въздържали 35,5%, а приемът в болница е забавен при 6,8% от респондентите. Сред причините за това решение са посочени страхът и притесненията от коронавирусната инфекция, които са водещи за отлагане на болнично лечение. Вероятността за отлагане на здравни услуги се асоциира със здравето състояние и наличието на хронично заболяване, както и с равнището на образование. Жените са по-склонни да се въздържат от търсене на медицинска помощ.

Заключение: Отказът или отлагането на здравни услуги могат да доведат до сериозни последствия за здравето на населението като цяло и конкретно на пациенти с хронични заболявания. Това предполага, че са необходими усилия, насочени към компенсиране на тези негативни ефекти в бъдеще.

Ключови думи: отлагане на здравни услуги, пандемия от COVID-19, достъп до здравни услуги, хронични заболявания, здравни неравенства.

¹ Мария Рохова е доцент в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването към Факултета на обществено здравеопазване на Медицински университет - Варна. Има магистърска степен по мениджмънт и докторска степен по администрация и управление от Икономически университет – Варна, както и придобита специалност по Медицинска информатика и здравен мениджмънт. Участва в експертната мрежа за здравни системи и политики и мрежата за отговора на здравните системи на пандемията от COVID-19 към Европейската обсерватория по здравни системи и политики.

INDIRECT EFFECTS OF THE COVID-19 PANDEMIC - POSTPONED HEALTH CARE AND CONSEQUENCES FOR THE HEALTH SYSTEM

Maria Rohova², Medical University – Varna

Abstract

Objectives: *The indirect effects of the COVID-19 pandemic could be far more significant than the directly associated with the prevalence of coronavirus disease. These effects are related to the consequences for chronic non-communicable diseases, higher burden of diseases on individuals and the society, and the capacity of health systems to meet the growing health needs. The aim of the study is to analyse the causes and determinants of delaying health care in Bulgaria. In particular, the share of the citizens who postponed or avoided care, the reasons for these decisions, and the patients' characteristics have been studied.*

Methods: *A national online survey was conducted in November 2021. A total of 800 adult citizens had completed the questionnaire and were included in the analysis.*

Results: *A total of 36.0% reported postponing care in the last 12 months; 35.5% forwent treatment or diagnostics in outpatient care, and 6.8% of the respondents avoided hospital admission. Fear and concerns about coronavirus infection are among the reasons for postponed outpatient care and a leading cause for deferred hospitalization. The likelihood of delaying care is associated with health status, chronic non-communicable diseases and the educational level. Women are more likely to forgone care.*

Conclusion: *Denial and postponement of health services have severe consequences for the health status and patients with chronic diseases in particular. More efforts are needed to overcome these adverse effects in the future.*

Key words: *postponed care, COVID-19 pandemic, access to health services, chronic diseases, health inequalities*

ВЪВЕДЕНИЕ

Пандемията от COVID-19 оказа безпрецедентен натиск върху здравните системи и подложи тяхната издръжливост на сериозно изпитание. В самото начало стана ясно, че нейните последици върху здравето на населението са много по-големи от тези, свързани непосредствено с инфекциозното заболяване. Косвените ефекти на пандемията се асоциират предимно с хроничните незаразни заболявания от гледна точка на болестния товар за индивидите и обществото като цяло, както и на капацитета и възможностите на здравните системи да отговорят на нарасналите потребности. Негативните последици върху заболяемостта и смъртността поради неизбежната реорганизация на предоставянето на здравни услуги и промените в търсенето им ще продължат да се мултиплицират в бъдеще и

² Maria Rohova is an Associate Professor at the Department of Health Economics and Management, Faculty of Public Health, Medical University-Varna. She holds a Master of Management and PhD in Administration and Management from the University of Economics-Varna and a specialty in Medical Informatics and Health Management. She is a member of the Health Systems and Policies Monitor expert network and the COVID-19 Health Systems Response Monitor network of the European Observatory on Health Systems and Policies.

ще засилват натиска върху здравеопазването (Banerjee et al., 2020; Canadian Medical Association/Deloitte, 2021; Maringe et al., 2020).

Много преди появата и разпространението на вируса SARS-CoV-2 са налице доказателства, че епидемиите от инфекциозни заболявания могат да се разглеждат като прогностични детерминанти за нарастване на хроничните незаразни болести (Ogoina et al., 2009). Крайно неблагоприятните ефекти на пандемията от COVID-19 върху профилактиката, скрининга, диагностиката и лечението на неинфекциозните заболявания вече са налице. Множество изследвания проследяват промените в предоставянето на здравни услуги по време на пандемията и връзката им с т.нар. пикови моменти на разпространение. Резултатите от тези изследвания демонстрират значително намаление в използваемостта на медицинска помощ и здравни грижи в много държави по света. Пандемията става причина за отменяне или отлагане на голяма част от регулярните прегледи и диагностични изследвания в извънболничната помощ, както и профилактичните прегледи, плановите имунизации и периодичните скринингови изследвания (Chudasama et al., 2020; Mehrotra et al., 2020; Schäfer et al., 2021; Verhoeven et al., 2020). По време на първата вълна през пролетта на 2020 г. прегледите за пациенти с хронични незаразни болести намаляват драстично в някои държави, например Канада отчита спад между 68 и 94% спрямо същия период на 2019 г., който варира от 60% при пациенти с хипертония до 87% при пациенти с диабет (Canadian Medical Association/Deloitte, 2021). Намалението на амбулаторните прегледи, съчетано с отлагането на плановия прием в болниците, води до значително по-нисък брой хоспитализации, свързани с лечение на хронични незаразни болести (Blecker et al., 2020). Проучване на Световната здравна организация (СЗО), проведено през 2020 г., показва, че диагностиката и лечението на тези заболявания са нарушени от обичайния си ритъм в почти всички държави-членки на организацията (WHO, 2020). Най-голямо безпокойство обаче предизвиква сериозният спад в хоспитализациите и забавяне на лечението на спешни състояния като инфаркт и инсулт, които изискват бърза реакция за най-голям шанс за възстановяване (Bersano et al., 2020; Bhatt et al., 2020; Blecker et al., 2020; Metzler et al. 2020; Solomon et al., 2020; Tartari et al., 2020; Uchino et al., 2020). Тези негативни промени в използваемостта на различните видове здравни услуги се асоциират с интензитета на разпространение на коронавирусната инфекция, като дори и след облекчаване на мерките дейността на лечебните заведения не се възстановява до равнищата, предхождащи пандемията (Ball et al., 2020; Giannouchos et al., 2021).

Някои анализи в България показват същата тенденция, като за периода февруари - април 2020 г. броят на пациентите, потърсили помощ при спешни и животозастрашаващи кардиологични и неврологични състояния, намалява значително и се наблюдава забавяне в лечението на пациенти с онкологични заболявания (Индекс на болниците, 2020). До края на 2020 г. спадът, асоцииран с първата вълна на пандемията, частично е компенсиран, но като цяло дейността не се възстановява напълно до нивата от 2019 г. (Индекс на болниците/Галъп интернешънъл, 2021).

Влиянието на пандемията върху достъпа до здравни услуги и възможностите на пациентите да получат необходимата им медицинска помощ са също предмет на множество изследвания. Според проучванията значителен дял от населението съобщава за отлагане или отменяне на вече насрочени посещения, изследвания или процедури, включително и по повод на контрола или лечението на хронични заболявания (Anderson et al., 2021; Doncarli et al., 2021; Douillet et al., 2022; Giannouchos et al., 2022; Hajek et al., 2021; Menon et al., 2022; Smolić et al., 2021; Urban Institute, 2021). Не е изненадващо, че хората с по-ниски доходи, уязвимите групи и пациентите с влошено здраве са по-силно засегнати и съответно са по-склонни да отлагат здравни услуги (Baggio et al., 2021; Menon et al., 2022; Smolić et al., 2021; Urban Institute, 2021).

Отлагането на медицинска помощ по време на пандемията е обусловено от различни фактори, свързани от една страна с перспективата на пациентите, а от друга – с решения на изпълнителите или ограничения, наложени в самата здравна система. Мерките, предприети на национално или регионално ниво, засягат и предоставянето на някои видове здравни услуги, както и реорганизация на лечебни заведения и структурни звена. Наред с това, самите лечебни заведения ограничават предоставяните услуги заради влиянието на пандемията или поради необходимостта от пренасочване на човешки и материални ресурси към лечението на пациенти с коронавирусна инфекция (Ball et al., 2020; Smolić et al., 2021). Ограниченията, свързани с придвижването между различни населени места, както и някои мерки, засягащи обществения транспорт, създават допълнителни бариери за достъп до необходимите здравни услуги (Cuschieri & Mamo, 2021; Czeisler et al., 2022; Giannouchos et al., 2022; Mauro et al., 2020).

От гледна точка на пациентите основната причина за отлагане на посещенията при медицински специалисти, дори и поради сериозен здравен проблем, е страхът от експозиция на вируса и възприемането на лечебните заведения като рискова среда (Czeisler et al., 2022; Lazzarini et al., 2020; Menon et al., 2022; Rosenbaum, 2020). Притесненията нарастват при пациенти, за които възрастта и/или наличието на придружаващи заболявания са допълнителни рискови фактори при евентуално заразяване (Gheorghe et al., 2021b; Hajek et al., 2021; Hoerold et al., 2021; Mauro et al., 2020). Публичните комуникации, особено в началото на пандемията, се фокусират основно върху мерките за ограничаване на социалните контакти, спазване на физическа дистанция и социална изолация, което допълнително засилва страхът на тези пациенти и увеличава вероятността да отлагат или отказват прегледи и изследвания. Икономическите ефекти на пандемията като несигурност за работното място, загуба на източници на доход в домакинството и др. също допринасят за това (Giannouchos et al., 2022). Изследвания в България, макар и малко на брой, достигат до подобни резултати – около 15% от пълнолетните граждани съобщават за отлагане или отменяне на здравна услуга поради собствено решение или по преценка на медицински специалист, а 28% отбелязват затруднения при осигуряването на лекарства и консултативи през пролетта на 2020 г. (Индекс на болниците/Галъп интернешънъл, 2020).

Вследствие на пандемията вече се наблюдават редица негативни ефекти в посока на увеличаване на заболяемостта от незаразни болести и повишаване на смъртността. Смъртността нараства и достига връхни точки в унисон с пандемичните вълни, но превишението на смъртните случаи над равнищата от предходните години (или т.нар. свръхсмъртност) не може да се обясни само с коронавирусната инфекция. Доказателства от различни държави показват, че пандемията е довела до ръст на смъртността от диабет, инсулт, сърдечно-съдови и онкологични заболявания (Banerjee et al., 2020; Figueroa et al., 2020; Modig et al., 2021; Woolf et al., 2020). Забавянето в диагностиката и лечението води до закъснели диагнози и влошаване на здравето, особено при групи в повишен риск или хора с хронични заболявания. Прогнозите са за дългосрочен ефект върху здравното състояние, повишаване на потребностите от здравни услуги и нарастване на тежестта на заболяванията (Canadian Medical Association/Deloitte, 2021; Yong et al., 2021). Неблагоприятните последици са свързани с увеличаване на смъртните случаи, които могат да бъдат предотвратени с добра профилактика или лечение и със загуба на години живот за пациентите (Einstein et al., 2021; Maringe et al., 2020). Всичко това увеличава разходите на системата и води до други икономически и социални последици като загуба на трудоспособност и намаляване на продуктивността, които според създадените прогностични модели се очаква да бъдат значителни (Canadian Medical Association/Deloitte, 2021; Gheorghe et al., 2021a; Nepogodiev et al., 2020).

Високите стойности на показателя за свръхсмъртност в България показва, че са налице голям брой смъртни случаи, които определяме като косвени ефекти от пандемията. Като цяло свръхсмъртността през 2020 г. е над два пъти по-висока от броя на съобщените смъртни случаи от COVID-19 (OECD/EHSP, 2021). Тя продължава да нараства и през 2021 г., като през месец ноември достига 88% при средна стойност от 27% в Европейския съюз (Eurostat, 2022). Трудно можем да разделим влиянието на отделните фактори, които водят до толкова висока смъртност в нашата страна. Тя по-скоро е резултат от комплексното въздействие на такива, свързани с наложените мерки на национално и регионално равнище, натоварването на системата и лечебните заведения, както и решенията на пациентите да отлагат търсенето на медицинска помощ.

Целта на настоящото изследване е да се анализират причините и детерминантите за отлагане на използването на здравни услуги в България. По-конкретно са проучени делът на гражданите, които са отложили използването на първична и специализирана извънболнична помощ или прием в болница, причините за това решение и характеристиките на тези пациенти. Причините за отлагане или въздържане са изследвани в тяхната цялост, като наред с такива, които могат да се определят като традиционни и добре познати (преки плащания за здравни услуги, необходимост от пътуване до друго населено място, дълго време за чакане и т.н.) са добавени и тези, предизвикани от пандемията. Познаването на факторите и детерминантите на отлагането може да бъде от полза за характеризиране на лицата, изложени на риск по време на извънредната епидемична ситуация.

МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Изследването представя доказателства за отлагането на здравни услуги по време на втората и третата вълни от пандемията. Използвани са данни от национално представително проучване, което е проведено през месец ноември 2021 г., свързани с решенията на респондентите да отложат медицинска помощ за предходните 12 месеца. Периодът не обхваща началото на пандемията, тъй като мерките през пролетта на 2020 г. включват и преустановяване на регулярни консултации, профилактични прегледи, планов прием в болница, както и ограничения в движението между областните градове, които предполагат много повече отложени услуги. През следващите месеци мерките, насочени към предоставянето на здравни услуги на пациенти без доказана коронавирусна инфекция, са облекчени и засягат основно плановите хоспитализации в отделни области или в цялата страна. Дейността в извънболничната помощ не е ограничена. За периода, който обхваща проучването, няма наложени мерки, свързани с придвижването между населени места. Това предполага, че отлагането на здравни услуги в извънболничната помощ е основно по решение на пациентите или поради голямата натовареност на лечебните заведения.

Проучването е проведено със стандартизирана онлайн анкета сред пълнолетни граждани в цялата страна. След отстраняване на непълните въпросници броят на респондентите, чиито отговори са анализирани, е 800.

В анкетата са включени въпроси за отлагането на различни видове медицинска помощ, разделени в четири групи – първична медицинска помощ (посещение при общопрактикуващ лекар (ОПЛ)), преглед при лекар-специалист, диагностично изследване в извънболничната помощ (лабораторно или образна диагностика) и болнична помощ. Повикванията към централните за спешна медицинска помощ и посещенията в спешните отделения на болниците, както и здравните услуги в денталната помощ не са включени в изследването. Възможните отговори са формулирани в дихотомна скала с възможни отговори - „да“ (респондентът е отлагал използването на някоя от посочените здравни услуги) и „не“ (използването на здравните услуги е съгласно планираното, според потребностите на респондента или не се е налагало). Отлагането на услугите се използва като зависима променлива в проведенния анализ. На респондентите, посочили, че са отложили посещения в извънболничната помощ или прием в болница, са зададени допълнителни въпроси за причините, поради които са взели това решение. В проучването са включени различни социално-демографски и икономически променливи като пол, възраст, етнос, образование, местоживеење (населено място), брой членове на домакинството и доходи, както и някои специфични въпроси за здравноосигурителния статус и здравното състояние, включително и наличието на хронично заболяване. Тези въпроси служат като независими променливи за определяне на детерминантите на решението за отлагане.

Проучването е одобрено от Комисията по етика на научните изследвания към Медицински университет - Варна и е проведено от специализирана социологическа агенция.

Използвани са дескриптивни статистически анализи за представяне на изследваната популация и стратифициране по променливи за отлагане на здравни услуги. Наличието на статистически значими разлики е проверено с помощта на χ^2 -тест за съответствие. За установяване на влиянието на социално-демографските, икономическите и специфичните характеристики върху решението за отлагане е проведен многофакторен регресионен анализ (биномиална логистична регресия). Статистическата значимост е определена при стойности на $p < 0,05$. За статистическата обработка и анализ на данните е използван специализиран софтуер (jamovi, version 2.2.5).

РЕЗУЛТАТИ

От 800 участници в проучването, 288 или 36,0% са отложили използването на здравни услуги (общо в извънболничната и болничната помощ) през последните 12 месеца преди провеждането на анкетата. От лечение или изследвания в извънболничната помощ са се въздържали 284 души (35,5%), а приемът в болница е забавен при 54 души (6,8%). Прегледите и консултациите при общопрактикуващ лекар (24,9%) или специалист (24,5%) от извънболничната помощ са посочени от най-голям дял от респондентите като отложени за изследвания период (Табл. 1). В по-малък дял от случаите (16,0%) са забавени диагностични изследвания, като трябва да се има предвид, че те зависят предимно от насочване/направление след преглед при лекар.

Табл. 1. Отлагане на използването на здравни услуги по видове

Здравни услуги		Брой	Относителен дял	p ¹	95% CI ²
Посещение при ОПЛ	да	199	24,9	<,001	21,91-28,02
	не	601	75,1	<,001	71,98-78,09
Преглед при лекар-специалист в извънболничната помощ	да	196	24,5	<,001	21,56-27,63
	не	604	75,5	<,001	72,37-78,44
Диагностични изследвания в извънболничната помощ	да	128	16,0	<,001	13,53-18,73
	не	672	84,0	<,001	81,27-86,47
Прием в болница	да	54	6,8	<,001	5,11-8,72
	не	746	93,2	<,001	91,28-94,89

Бележки: ¹Стойностите на p са определени въз основа на χ^2 -тест за съответствие. Всички разлики в относителните дялове са статистически значими. ²95% CI – 95% доверителен интервал

От респондентите, които заявяват, че са отложили използването на здравни услуги, 59,4% са жени, 38,2% попадат в първи, втори и трети доходни квинтили (с ниски и средни доходи), 37,8% са жители на град, който не е областен център, или село и 33,3% определят своето здравно състояние като „задоволително“, „лошо“ или „много лошо“ (и при трите опции се предполага наличие на хронично заболяване).

Традиционно причините за отлагане на преглед и изследвания в извънболничната помощ са свързани с някои аспекти на достъпа до тези услуги – разходи на пациентите, необходимост от пътуване до друго населено място или необходимост от отсъствие от работа (алтернативни разходи), дълго време за чакане (до насрочения ден за преглед или в

лечебното заведение). Към тях пандемията от COVID-19 добавя и страх от инфекциозното заболяване, като при 16,5% от респондентите тази причина присъства сред мотивите за отлагане (Фиг. 1). Тя се съчетава с останалите или се посочва като единствена причина. Участниците в проучването най-често изтъкват необходимостта за отсъствие от работа като мотив да се въздържат от търсенето на медицинска помощ, което се свързва и с втория по честота – дълго време за чакане в лечебното заведение (Фиг. 1). Това би могло да се дължи и на прекаленото натоварване на здравната система и отделните лечебни заведения, особено по време на пикови моменти от разпространението на коронавирусната инфекция.

Фиг. 1. Причини за отлагане на здравни услуги в извънболничната помощ



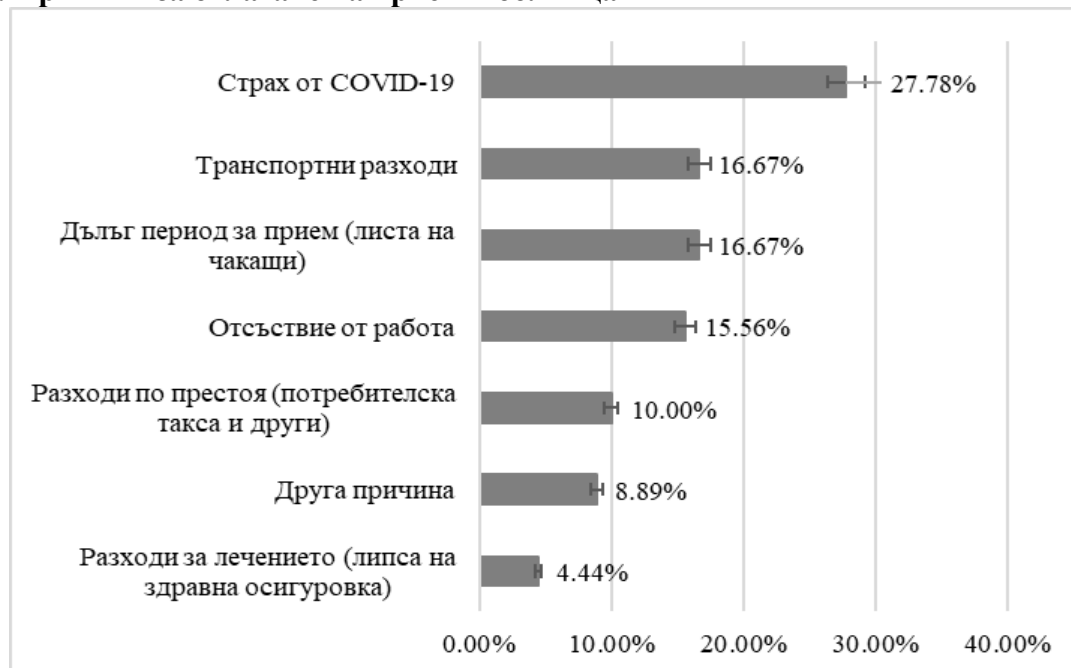
Бележки: Респондентите могат да посочат няколко отговора. Относителните дялове са изчислени въз основа на общия брой отговори за всички причини (n=413).

Въпреки че тези причини са валидни и преди пандемията, е възможно те да засилват своето влияние след появата на COVID-19. Някои от респондентите в опцията „други“ посочват отсъствие на лекар поради заболяване или карантина. Или можем да обобщим, че пандемията дава отражение и на другите причини и засилва влиянието на съществуващите бариери пред достъпа до здравни услуги.

Въпреки че респондентите, съобщаващи за отлагане на хоспитализация, са значително по-малко на брой (n=54), водещата причина за това решение е страхът от COVID-19 (Фиг. 2). Вероятно болничните лечебни заведения се възприемат като много по-рискови за експозиция на SARS-CoV-2. Необходимостта от прием в друго населено място и за отсъствие от работа по време на болничния престой също оказват влияние за отлагане на хоспитализацията. Като други причини са посочени мерките за ограничаване на разпространението на коронавирусната инфекция - преустановяване на плановия прием в болничните лечебни заведения в отделни периоди, както и грижите за близки в тежко състояние или отглеждането на деца. Дълготното време за чакане до насрочената дата за прием също до голяма

степен е повлияно от пандемията, тъй като по принцип листите на чакащите не са значима бариера пред достъпа до болнична помощ в България.

Фиг. 2. Причини за отлагане на прием в болница



Бележки: Респондентите могат да посочат няколко отговора. Относителните дялове са изчислени въз основа на общия брой отговори за всички причини (n=90).

Многофакторният регресионен анализ показва, че респондентите, които оценяват здравето си състояние като добро (OR=0,64), задоволително (OR=0,35) или лошо (OR=0,20) или които са със средно (OR=1,54) или основно образование (OR=6,17), са по-склонни да отлагат използването на здравни услуги, отколкото участниците в много добро здравно състояние или с по-висока степен на завършено образование (Табл. 2). Жените се въздържат по-често от търсене на медицинска помощ (OR=0,69), което може да се обясни и с грижите, полагани за малки деца или за близки в тежко състояние. Хората, оценяващи здравето си като много лошо, е по-вероятно да отложат преглед или изследване, въпреки че разликите тук не са статистически значими (Табл. 2). Останалите фактори, които са изследвани, не се асоциират с по-голяма вероятност за отлагане, но делът на пропуснатите посещения обикновено се увеличава с възрастта на пациентите. По-възрастните хора вероятно са по-склонни да отлагат лични посещения поради притеснения от COVID-19. Хората със съпътстващи заболявания, които увеличават риска от тежко протичане на коронавирусната инфекция, по принцип се нуждаят от повече изследвания, грижи и лечение, което потенциално допринася за по-голямата вероятност те да избягват по-често посещенията на лечебни заведения.

Табл. 2. Връзка между характеристиките на респондентите и отлагането на здравни услуги (общо в извънболничната и болничната помощ)

Фактор	p	OR ¹	95% CI ²
Пол: референтна стойност мъже			
жени	0,021	0,69	0,51-0,95
Възраст: референтна стойност 18-29 год.			
30-39 год.	0,087	0,67	0,42-1,06
40-49 год.	0,696	1,10	0,67-1,81
50+ год.	0,855	1,04	0,67-1,63
Етническа принадлежност: референтна стойност българска			
турска	0,312	1,41	0,73-2,73
ромска	0,258	1,92	0,62-5,93
друга	0,753	1,44	0,15-14,08
Местожителство (тип населено място): референтна стойност София			
областен град	0,966	0,99	0,64-1,53
малък град	0,361	1,27	0,76-2,12
село	0,711	1,10	0,66-1,85
Образование: референтна стойност висше образование			
основно	0,003	6,17	1,88-20,22
средно	0,028	1,54	1,05-2,27
полувисше	0,456	0,77	0,39-1,53
Доход на член от домакинството: референтна стойност първи квинтил³ (най-ниски доходи)			
втори квинтил	0,481	0,78	0,40-1,54
трети квинтил	0,560	1,23	0,61-2,47
четвърти квинтил	0,575	0,81	0,39-1,68
пети квинтил	0,907	1,04	0,54-1,98
Здравноосигурителен статус: референтна стойност здравноосигурен/а			
с прекъсвания в здравното осигуряване	0,421	0,75	0,37-1,51
неосигурен/а	0,662	0,81	0,31-2,09
Самооценка на здравето: референтна стойност „много добро“⁴			
много лошо	0,055	0,10	0,01-1,05
лошо	<,001	0,20	0,09-0,45
задоволително	<,001	0,35	0,21-0,56
добро	0,027	0,64	0,43-0,95

Бележки: ¹Представени са разликите между дела на участниците в проучването, които не са отлагали използването на здравни услуги и онези, които отговарят положително на този въпрос. Статистически значимите разлики са отбелязани. ²95% CI – 95% доверителен интервал. ³Доходните квинтили са определени въз основа на данни от НСИ за разпределение на индивидите спрямо годишния доход (НСИ, 2021). ⁴За самооценката на здравето е използвано разделение в пет групи, съобразено с Европейското здравно интервю.

ДИСКУСИЯ

За периода, който обхваща проучването (декември 2020 – ноември 2021 г.), мерките за ограничаване на разпространението на коронавирусната инфекция в България засягат два пъти плановия прием и плановата оперативна дейност в лечебните заведения за болнична помощ. През месец ноември 2020 г. те са преустановени на територията на цялата страна, с изключение на дейностите, свързани с трансплантация на органи, тъкани и клетки, диагностиката и лечението на пациенти с онкологични и онкохематологични заболявания, асистираната репродукция и ражданията, рехабилитацията, продължителното лечение и

психиатричната помощ. В средата на януари 2021 г. плановият прием в болниците е възстановен. В началото на есента на 2021 г. в отделни области на страната, където заболяемостта от COVID-19 е висока, са ограничени плановите хоспитализации. С нарастване на случаите през ноември 2021 г. със заповед на Министерството на здравеопазването плановият прием отново е преустановен на територията на цялата страна. Или общо в рамките на изследвания период хоспитализациите са ограничени за около три месеца. Дейностите в извънболничната помощ не са засегнати от мерките. Това предполага, че отлагането на медицинската помощ по причини, свързани с COVID-19, се дължи или на страха и притесненията на самите пациенти, или на натоварването на лечебните заведения и насочване на част от ресурсите им за лечение на инфекциозното заболяване.

Предходно проучване в България установява значително по-висок относителен дял на респондентите, отложили посещение при ОПЛ (53,7%), посещение при специалист (38,51%) или прием в болница (15,7%). Данните обаче не са напълно съпоставими, тъй като проучването е проведено само в Североизточния регион преди пандемията от COVID-19 (Atanasova et al., 2016). В това предходно изследване най-засегнати са хората с по-ниски доходи, живеещи в по-малките населени места. Основните причини за отлагане са отново времето за чакане, необходимостта за отсъствие от работа и разходите, свързани или с преките плащания за здравните услуги, или с транспорт и други съпътстващи дейности. Тези проблеми в достъпа продължават да се установяват и през 2021 г., но към тях се добавят и причините, произтичащи от пандемията. В проучване на Галъп интернешънъл от месец май 2020 г. при респондентите, които срещат затруднения, приблизително равен е дялът на онези, които сами са отложили или отменили посещения и на онези, на които им е отказан или отложен преглед от изпълнители на медицинска помощ (Индекс на болниците/Галъп интернешънъл, 2020).

В началните месеци от пандемията подобни проучвания в други държави установяват много по-висок дял респонденти, които пропускат или отлагат посещения в лечебните заведения (Anderson et al., 2021; Smolić et al., 2021). Тъй като настоящото проучване е проведено по-късно, прегледите и изследванията, които първоначално са пропуснати, може да са разсрочени и осъществени впоследствие. Сходни стойности докладват изследвания, осъществени между август и декември 2020 г. в САЩ (Giannouchos et al., 2022), във Франция, макар и с по-нисък дял отложено използване на медицинска помощ (Douillet et al., 2022), и в Швейцария, но само сред уязвими групи (Baggio et al., 2021).

Подобно на резултати от проучванията в Европа (Baggio et al., 2021; Menon et al., 2022; Smolić et al., 2021), в България хората, които определят здравето си като задоволително или лошо, са по-склонни да отлагат здравни услуги в сравнение с онези, които оценяват здравето си като много добро. Респонденти, които съобщават за здравни проблеми, особено произтичащи от хронични заболявания, е по-вероятно да се откажат от здравни услуги, тъй като се чувстват по-застрашени от вируса (Menon et al., 2022). Същевременно именно хората със съпътстващи заболявания, които увеличават риска от тежко протичане на коронавирусната инфекция, е по-вероятно да се нуждаят от по-често наблюдение и лечение

на тези състояния, което потенциално допринася за по-високата честота, с която съобщават за въздържане или отлагане на медицинска помощ и здравни грижи (Czeisler et al., 2022). Отказът от здравни услуги се случва по-често при жени и пациенти с по-ниско ниво на образование, при които притесненията са по-големи (Baggio et al., 2021).

Изследванията в контекста на пандемията показват, че отказът от или отлагането на здравни услуги имат висока честота и могат да доведат до сериозни последствия за здравето. Широкото медийно отразяване, фокусирано върху разпространението на инфекциозното заболяване, свръхнатоварването на болниците и критичния недостиг на оборудване и персонал, засилва притесненията и страха от COVID-19. Противоречивите съобщения от различни източници водят до загуба на доверие и липса на възможност за критична преценка на достоверността на информацията и източниците, които я разпространяват. В този смисъл ефективните публични комуникации в общественото здравеопазване са ключов фактор не само за ограничаване на разпространението на инфекциозни заболявания, но и за предотвратяване на повишаването на заболяемостта от хронични незаразни болести (Dorfer et al., 2020; Finset et al., 2020; Lazzerini et al., 2020). Информацията към обществеността трябва да подчертава и рисковете от забавяне на лечението и грижите, особено за хора със съпътстващи заболявания, както и значението на навременната спешна помощ. Притесненията на пациентите могат да бъдат адресирани чрез представяне на предпазните мерки за намаляване на риска от експозиция на вируса, осигурени в лечебните заведения (Czeisler et al., 2022).

Търсенето на нови, по-гъвкави начини за предоставяне на здравни услуги също е възможност за преодоляване на негативните ефекти на пандемията върху профилактиката и лечението на хроничните незаразни заболявания. Възможностите на телемедицината са една от най-често дискутираните алтернативи за посрещане на здравните потребности на пациентите. Още в началото на пандемията много държави бързо разширяват обхвата на телемедицинските консултации, за да поддържат до известна степен обичайното предоставяне на услуги. Мерките в това отношение са свързани и с финансирането на тези услуги от публични източници (Doncarli et al., 2021). В България са направени някои стъпки в тази посока, но само по отношение на издаването на електронна рецепта и електронно направление. Телемедицинските консултации се предлагат от някои изпълнители на медицинска помощ, но се заплащат само от частни източници (директно от пациента или по линия на доброволното здравно осигуряване). В началото на пандемията някои неправителствени организации и общини осигуряват възможност за телеконсултации за пациенти с хронични заболявания, както и консултации с психолог във връзка с нарастващите случаи на безпокойство и депресивни състояния (по информация от Единния информационен портал - <https://coronavirus.bg/>). Изследвания на Eurofound (2020) показват, че около 18,9% от интервюираните в България са получили медицинска консултация по интернет или по телефон по време на първата вълна от пандемията и 29,6% - една година след обявяване на пандемията. В други държави обаче този дял бързо нараства между юни 2020 и март 2021 г. и достига 60-70% вследствие от предприетите мерки за осигуряване на подобни

възможности като частична компенсация на ограниченията при предоставяне на здравни услуги (Eurofound, 2020).

Телемедицинските консултации безспорно имат редица предимства в условията на пандемия и могат да ограничат риска от експозиция на вируса, както и да помогнат за ограничаване на разпространението на инфекцията. Друго предимство на телемедицината, необходимостта от която се увеличава по време на извънредни епидемични ситуации, е предоставянето на здравни услуги за население в региони със затруднен достъп. Телеконсултациите дават възможност и за обучение и подкрепа на пациентите за т.нар. самостоятелно наблюдение и грижи за хронични заболявания (*chronic disease self-management*), включително и с помощта на мобилни приложения (Chudasama et al., 2020; Danhieux et al., 2020). Въпреки редицата предимства широкото приложение на телемедицинските консултации крие и някои рискове, свързани със засилване на неравенствата в достъпа до здравни услуги, особено при уязвими групи и по-възрастни хора, живеещи в отдалечени населени места (Chang et al., 2021). Това предполага насочване на усилия за преодоляване или минимизиране на тези потенциални рискове.

Настоящото изследване за отлагането на здравни услуги в България има няколко ограничения. Първо, периодът, който обхваща, изключва началото на пандемията, поради което изследваният проблем може да е подценен. Липсата на подобно проучване, обхващащо първата вълна от разпространението на SARS-Cov-2, не позволява директно сравняване на резултатите и проследяване на тенденциите във времето. Второ, анкетата е проведена онлайн поради необходимостта от ограничаване на физическите контакти, което предполага по-слабото представяне на някои групи от населението – възрастни хора, жители на селата, хора с по-ниско образование и доходи. Самата форма на провеждане на анкетата отчасти нарушава принципа за случаен подбор на респонденти. И трето, изследването не се фокусира единствено върху влиянието на пандемията за решението за отлагане, а проследява как притесненията и страхът от инфекциозното заболяване се съчетават или добавят към останалите мотиви за въздържане от профилактика или лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ефектите на пандемията изискват и в бъдеще големи усилия за ограничаване на неблагоприятните последици и дългосрочното им въздействие както върху здравето на населението, така и върху здравната система. Пациентите с хронични заболявания трябва да бъдат насърчавани да търсят медицинска помощ и здравни грижи, като допълнително се идентифицират и групи в по-висок риск. Използването на по-гъвкави форми за предоставяне на здравни услуги е необходимо да бъде ускорено за подкрепа на грижите за уязвими пациенти.

Усилията трябва да бъдат насочени към компенсиране на тези негативни ефекти и изискват по-големи инвестиции в човешките ресурси на здравната система, които освен че са недостатъчни за посрещане на нарастващите здравни потребности, са и крайно изтощени от пандемията. Отдавна отлаганите здравни реформи е необходимо да бъдат ориентирани към

търсене на по-ефективни модели за предоставяне на здравни услуги. Увеличаващите се различия в здравето на отделни групи от населението изискват спешно внимание, защото пандемията и свързаните с нея икономически последици засилват съществуващите и преди появата на COVID-19 здравни неравенства.

„Уроците“ на пандемията от COVID-19 ни насочват за пореден път към ценности и принципи на здравните системи, които трябва да ръководят здравната политика. Осигуряване на универсален достъп, преодоляване на неравенствата, внимание към рисковите групи са само примери за действия, които трябва да се предприемат, включително и по отношение на повишаване на готовността на здравната система в случаи на бъдещи извънредни ситуации.

БИБЛИОГРАФИЯ

Индекс на болниците/Галъп интернешънъл (2020). 15% с проблем с достъпа до лекар по време на пандемията [Indeks na bolnitsite/Galap interneshanal (2020). 15% s problem s dostapa do lekar po vreme na pandemiyata. Available at: <https://clinica.bg/12249-15--s-problem-s-dostupa-do-lekar-po-vreme-na-pandemiqta>. Accessed: 05.02.2022].

Индекс на болниците (2020). Инсултите са „намалели“ с 21% по време на COVID-19 [Indeks na bolnitsite. Insultite sa „namaleli“ s 21% po vreme na COVID-19. Available at: <https://clinica.bg/12173-Insultite-sa-%E2%80%9Enamaleli%E2%80%9C-s-21--po-vreme-na-Kovid-19>. Accessed: 02.02.2022].

Индекс на болниците/Галъп интернешънъл (2021). COVID понижи с 18% дейността в инвазивната кардиология [Indeks na bolnitsite/Galap interneshanal. COVID ponizhi s 18% deynostta v invazivnata kardiologia. Available at: <https://www.gallup-international.bg/44478/covid-19-cardiology-insults/>. Accessed: 02.02.2022].

Национален статистически институт (2021). Бюджети на домакинствата в Република България 2020. НСИ, София [Natsionalen statisticheski institut (2021). Byudzheti na domakinstvata v Republika Bulgaria 2020. NSI, Sofia. Available at: <https://nsi.bg/en/content/18899/household-budgets-republic-bulgaria-2020>].

Anderson, K., McGinty, E., Presskreischer, R., Barry, C. (2021). Reports of forgone medical care among US adults during the initial phase of the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 4(1), e2034882.

Atanasova, E., Rohova, M., Dimova, A. (2016). Unmet needs for health care services in Bulgaria. *Journal of IMAB*, 22(3), 1324-1327.

Baggio, S., Vernaz, N., Spechbach, H., Salamun, J., Jacquierioz, F., Stringhini, S., et al. (2021). Vulnerable patients forgo health care during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine*, 150, 106696.

Ball, S, Banerjee, A., Berry, C., Boyle, J., Bray, B., Bradlow W., et al. (2020). Monitoring indirect impact of COVID-19 pandemic on services for cardiovascular diseases in the UK. *Heart (British Cardiac Society)*, 106(24), 1890–1897.

Banerjee, A., Pasea, L., Harris, S., Gonzalez-Izquierdo, A., Torralbo, A., Shallcross, L. et al. (2020). Estimating excess 1-year mortality associated with the COVID-19 pandemic according to underlying conditions and age: a population- based cohort study. *Lancet*, 395(10238), 1715–1725.

- Bersano, A, Kraemer, M., Touzé, E., Weber, R., Alamowitch, S., Sibon, I., et al. (2020). Stroke care during the COVID-19 pandemic: experience from three large European countries. *European Journal of Neurology*, 27(9), 1794-1800.
- Bhatt, A., Moscone, A., McElrath, E., Varshney, A., Claggett, B., Bhatt, D., et al. (2020). Fewer hospitalizations for acute cardiovascular conditions during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(3), 280–288.
- Blecker, S., Jones, S., Petrilli, C., Admon, A., Weerahandi, H., Francois, F., et al. (2020). Hospitalizations for chronic disease and acute conditions in the time of COVID-19. *JAMA Internal Medicine*, 181(2), 269-271.
- Canadian Medical Association/Deloitte (2021). A struggling system. Understanding the health care impacts of the pandemic. Available at: <https://bc.ctvnews.ca/delayed-or-missed-health-care-may-have-led-to-thousands-of-non-covid-19-related-deaths-during-pandemic-report-1.5691622> [Accessed: 18.02.2022].
- Chang, J., Lai, A., Gupta, A., Nguyen, A., Berry, C., Shelley, D. (2021). Rapid transition to telehealth and the digital divide: Implications for primary care access and equity in a post-COVID era. *The Milbank Quarterly*, 99(2), 340–368.
- Chudasama, V., Gillies, C., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M., Seidu, S., et al. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 14(5), 965–967.
- Cuschieri, S., Mamo, J. (2021). Taking care of the ordinary in extraordinary times - delayed routine care means more morbidity and pre-mature mortality. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_4), iv27–iv30.
- Czeisler, M., Marynak, K., Clarke, K., Salah, Z., Shakya, I., Thierry, J. et al. (2022). Delay or avoidance of medical care because of COVID-19-related concerns - United States, June 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(36), 1250–1257.
- Danhieux, K., Buffel, V., Pairon, A., Benkheil, A., Remmen, R., Wouters, E., et al. (2020). The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. *BMC Family Practice*, 21, 255.
- Doncarli, A., Araujo-Chaveron, L., Crenn-Hebert, C., Demiguel, V., Boudet-Berquier, J., Barry, Y., et al. Impact of the SARS-CoV-2 pandemic and first lockdown on pregnancy monitoring in France: the COVIMATER cross-sectional study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 21(1), 799.
- Dopfer, C., Wetzke, M., Zychlinsky Scharff, A., Mueller, F., Dressler, F., Baumann, U. (2020). COVID-19 related reduction in pediatric emergency healthcare utilization - a concerning trend. *BMC Pediatrics*, 20(1), 427.
- Douillet, D, Dupont, C., Leloup, N., Ménager, G., Delori, M., Soulie, C., et al. (2022). Prevalence and characterization of forgoing care: comparison of two prospective multicentre cohorts between pre-COVID-19 era and a lockdown period. *Archives of Public Health*, 80(1), 32.
- Einstein, A., Shaw, L., Hirschfeld, C., Williams, M., Villines, T., Better, N. et al. (2021). International impact of COVID-19 on the diagnosis of heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(2), 173–185.
- Eurofound (2020). Living, working and COVID-19 dataset, Dublin. Available at: <http://eurofound.link/covid19data> [Accessed: 16.01.2022].
- Eurostat (2022). Excess mortality increased again in November 2021. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220114-2> [Accessed: 16.02.2022].

- Figuroa, J., Brennan, P., Theodoratou, E., Poon, M., Purshouse, K., Din, F. et al. (2020). Trends in excess cancer and cardiovascular deaths in Scotland during the COVID-19 pandemic 30 December 2019 to 20 April 2020. medrxiv. Preprint. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.02.20086231v1> [Accessed: 06.02.2022].
- Finset, A., Bosworth, H., Butow, P., Gulbrandsen, P., Hulsman, R., Pieterse, A., et al. (2020). Effective health communication - a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counseling*, 103(5), 873–876.
- Gheorghe, A., Maringe, C., Spice, J., Purushotham, A., Chalkidou, K., Rachet, B., et al. (2021a). Economic impact of avoidable cancer deaths caused by diagnostic delay during the COVID-19 pandemic: A national population-based modelling study in England, UK. *European Journal of Cancer*, 152, 233–242.
- Gheorghe, A., Negru, M., Nițpir, C., Mazilu, L., Marinca, M., Gafton, B., et al. (2021b). Knowledge, attitudes and practices related to the COVID-19 outbreak among Romanian adults with cancer: a cross-sectional national survey. *ESMO Open*, 6(1), 100027.
- Giannouchos, T., Biskupiak, J., Moss, M., Brixner, D., Andreyeva, E., Ukert, B. (2021). Trends in outpatient emergency department visits during the COVID-19 pandemic at a large, urban, academic hospital system. *American Journal of Emergency Medicine*, 40, 20–26.
- Giannouchos, T., Brooks, J., Andreyeva, E., Ukert, B. (2022). Frequency and factors associated with foregone and delayed medical care due to COVID-19 among nonelderly US adults from August to December 2020. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(1), 33–42.
- Hajek, A., de Bock, F., Kretzler, B., König, H. (2021). Factors associated with postponed health checkups during the COVID-19 pandemic in Germany. *Public Health*, 194, 36–41.
- Hoerold, M., Gottschalk, M., Debbeler, C., Heytens, H., Ehrentreich, S., Braun-Dullaes, R., et al. (2021). Healthcare professionals' perceptions of impacts of the COVID-19-pandemic on outpatient care in rural areas: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1298.
- Lizzerini, M., Barbi, E., Apicella, A., Marchetti, F., Cardinale, F., Trobia, G. (2020). Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID- 19. *Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), e10-e11.
- Maringe, C., Spicer, J., Morris, M., Purushotham, A., Nolte, E., Sullivan, R., et al. (2020) The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncology*, 21(8), 1023–1034.
- Mauro, V., Lorenzo, M., Paolo, C., Sergio, H. (2020). Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases. *Internal and Emergency Medicine*, 15, 787–790.
- Mehrotra, A., Chernew, M., Linetsky, D., Hatch, H., Cutler, D. (2020). The impact of COVID-19 on outpatient visits in 2020: Visits remained stable, despite a late surge in cases. New York: Commonwealth Fund. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/publications/2021/feb/impact-covid-19-outpatient-visits-2020-visits-stable-despite-late-surge> [Accessed: 13.02.2022].
- Modig, K., Ahlbom, A., Ebeling, M. (2021). Excess mortality from COVID-19: weekly excess death rates by age and sex for Sweden and its most affected region. *European Journal Public Health*, 31, 17–22.
- Menon, L., Richard, V., de Mestral, C., Baysson, H., Wisniak, A., Guessous, I., et al. (2022). Forgoing healthcare during the COVID-19 pandemic in Geneva, Switzerland - a cross-sectional population-based study. *Preventive Medicine*, 156, 106987.

- Metzler, B., Siostrzonek, P., Binder, R., Bauer, A., Seinstadler, R. (2020). Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage. *European Heart Journal*, 41, 1852–1853.
- Nepogodiev, D., Omar, O., Glasbey, J., Li, E., Simoes, J., Abbott, T., et al. (2020). Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *British Journal of Surgery*, 107(11), 1440–1449.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP) (2021). Bulgaria: Country health profile 2021, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Available at: <https://www.oecd.org/publications/bulgaria-country-health-profile-2021-c1a721b0-en.htm>.
- Ogoina, D., Onyemelukwe, G. (2009). The role of infections in the emergence of non-communicable diseases (NCDs): Compelling needs for novel strategies in the developing world. *Journal of Infection and Public Health*, 2, 14–29.
- Rosenbaum, L. The untold toll - the pandemic's effects on patients without COVID-19. *New England Journal of Medicine*, 382(24), 2368-2371.
- Schäfer, I., Hansen, H., Menzel, A., Eisele, M., Tajdar, D., Lühmann, D., et al. (2021). The effect of COVID-19 pandemic and lockdown on consultation numbers, consultation reasons and performed services in primary care: results of a longitudinal observational study. *BMC Family Practice*, 22(1), 125.
- Smolić, Š., Čipin, I., Međimurec, P. (2021). Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. *European Journal of Ageing*, 1, 1–17.
- Solomon, M., McNulty, E., Rana, J., Leong, T., Lee, C., Sung, S-H. et al. (2020). The COVID-19 pandemic and the incidence of acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 383(7), 691-693.
- Tartari, F., Guglielmo, A., Fuligni, F., Pileri, A. (2020). Changes in emergency service access after spread of COVID-19 across Italy. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 34(8), e350.
- Uchino, K., Kolikonda, M., Brown, D., Kovi, S., Collins, D., Khawaja, Z. et al. (2020). Decline in stroke presentations during COVID-19 surge. *Stroke*, 51, 2544-2547.
- Urban Institute (2021). Delayed and forgone health care for nonelderly adults during the COVID-19 pandemic. Available at: <https://www.urban.org/research/publication/delayed-and-forgone-health-care-nonelderly-adults-during-covid-19-pandemic> [Accessed: 18.02.2022].
- Verhoeven, V., Tsakitzidis, G., Philips, H., van Royen, P. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open*, 10(6), e039674.
- Woolf, S., Chapman, D., Sabo, R., Weinberger, D., Hill, L. (2020). Excess deaths from COVID-19 and other causes, March–April 2020. *JAMA*, 324(5), 510–513.
- World Health Organization/WHO (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291>.
- Yong, J., Mainprize, J., Yaffe, M., Ruan, Y., Poirier, A., Coldman, A. et al. (2021). The impact of episodic screening interruption: COVID-19 and population-based cancer screening in Canada. *Journal of Medical Screening*, 28, 100–7.

ОБЩЕСТВЕНОТО МНЕНИЕ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В УСЛОВИЯТА НА COVID -19

Тихомира Златанова¹, Румяна Янева², Цветелина Петрова-Готова³, Николай Попов⁴,
Медицински университет - София

Резюме

Световна здравна организация (СЗО) обяви на 30 януари 2020 г. спешност за общественото здраве от международно значение, свързана с разпространението на коронавирусна инфекция, наречена по-късно COVID-19. На 11 март СЗО, поради силното разпространение на COVID-19 и след оценка на обстановката определя ситуацията като „пандемична“. Ситуацията, възникнала с появата на коронавируса, е с невиджани досега мащаби. Това наложи въвеждането на нови мерки в световен мащаб, което постави под изключителен натиск капацитета на здравните системи. Този факт ни даде основание да проведем анкетно проучване сред 531 пациенти от цялата страна относно организацията и промяната в достъпа им до извънболничната медицинска помощ (първична, специализирана и спешна помощ) за периода от март 2020 до април 2021 година. Анализът на данните показва, че достъпът до кабинета на ОПЛ при над половината от анкетираните (51, 41%) е станал по-лесен поради намаления брой на пациентите преглеждащи се в кабинета през анализирания период; комуникацията на пациентите с ОПЛ чрез телефон и съвременните информационно-комуникационни технологии се е засилил; неравенства в достъпа до СИМП - при повече от половината (55,93%) достъпът до специалист от извънболничната медицинска помощ е станал по-труден, поради липса на

¹ Тихомира Златанова, професор в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Магистър по медицина, втора магистратура по „Обществено здраве и здравен мениджмънт“, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобити специалности по „Икономика на здравеопазването“, „Социална медицина“, „Обща медицина“. Председател на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“. Председател на Националното сдружение по здравна политика и мениджмънт. Заместник ректор по учебната дейност на МУ-София 2017-2020, Ръководител катедра „Икономика на здравеопазването“ 2013-2021.

² Румяна Янева, доцент в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Възпитаник на МУ-София. Магистър по „Обществено здраве и здравен мениджмънт“, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобита специалност „Икономика на здравеопазването“. Член на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“.

³ Цветелина Петрова-Готова, професор в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Магистър по „Международни икономически отношения“ от УНСС, втора магистратура „Обществено здраве и здравен мениджмънт“ от МУ-София, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобита специалност „Икономика на здравеопазването“. Член на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“. Заместник председател на Общото събрание на ФОЗ.

⁴ Николай Попов, професор в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Магистър по „Горско стопанство“ от Лесотехнически университет - София, втора магистратура „Обществено здраве и здравен мениджмънт“ от МУ-София, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобити специалности „Икономика на здравеопазването“ и „Медицинска информатика и здравен мениджмънт“. Председател на държавната изпитна комисия за специалност „Медицинска информатика и здравен мениджмънт“. Член на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“. Ръководител катедра „Икономика на здравеопазването“.

съответния специалист /36.16%/ или запълнен график на специалиста /21.66%/. В спешната медицинска помощ също са налице проблеми свързани с ресурсната недостатъчност от гледна точка на човешкия фактор.

Ключови думи: COVID-19, организация, достъп, извънболнична медицинска помощ, анализ на общественото мнение, анкетно проучване

PUBLIC OPINION ON OUTPATIENT MEDICAL CARE IN THE CONDITIONS OF COVID-19

Tihomira Zlatanova⁵, Romyana Yaneva⁶, Tsvetelina Petrova-Gotova⁷, Nikolay Popov⁸,
Medical University - Sofia

Abstract

On the 30th of January 2020 the World Health Organization (WHO) announced a Public Health Emergency of International Concern relating to the spread of a coronavirus infection, later named COVID-19. On the 11th of March, due to the quick spread of COVID-19, WHO defined the situations as "pandemic". The scale of the situation, which arose from the coronavirus' emergence, is unprecedented. This necessitated the worldwide implementations of new measures, which strained the capacity of healthcare systems. This fact was the reason why a survey was conducted among 531 patients from all over the country regarding the organization of outpatient care (primary, specialist and emergency care) and the change of their access to it in the period between March 2020 and April 2021. The data analysis shows that the in-person access to general practitioners has become easier in over half survey participants /51.41%/ due to the smaller number of patients seeking in-person consultations for the period; the communication with GPs through phone calls and modern information and communications technologies has become more

⁵ Tihomira Zlatanova, Professor at the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD", Medical University - Sofia. Master of Medicine, second master's degree in Public Health and Health Management, Doctor of Science in Social Medicine and Organization of Healthcare and Pharmacy. He has acquired specialties in "Health Economics", "Social Medicine", "General Medicine". Chairman of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics". Chairman of the National Association for Health Policy and Management. Vice Rector for Academic Affairs of MU-Sofia 2017-2020, Head of the Department of Health Economics 2013-2021.

⁶ Romyana Yaneva, Associate Professor in the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, Dsc", Medical University - Sofia. A graduate of MU-Sofia. Master's degree in Public Health and Health Management, PhD in Social Medicine and Organization of Healthcare and Pharmacy. She has acquired a specialty in "Health Economics". Member of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics".

⁷ Tsvetelina Petrova-Gotova, Professor at the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, Dsc", Medical University - Sofia. Master's degree in International Economic Relations from the University of National and World Economy, second master's degree in Public Health and Health Management from the Medical University of Sofia, PhD in Social Medicine and Organization of Healthcare and Pharmacy. She has acquired in "Health Economics". Member of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics". Deputy Chairman of the General Assembly of the Faculty of Public Health.

⁸ Nikolay Popov, Professor at the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, Dsc", Medical University - Sofia. Master's degree in "Forestry" from the University of Forestry - Sofia, second master's degree in "Public Health and Health Management" from MU-Sofia, PhD in Social Medicine and organization of health and pharmacy. He has acquired the specialties "Health Economics" and "Medical Informatics and Health Management". Chairman of the State Examination Commission for the specialty "Medical Informatics and Health Management" Member of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics". Head of the Department of Health Economics.

prevalent; there is disparity in the access to specialized outpatient medical care – over a half (55.93%) find that accessing a specialist has become harder due to the specialist being absent (31.16%) or having a full schedule (21.66%). There are also issues connected to the scarcity of human resources in emergency medical care.

Key words: COVID-19, organization, access, outpatient medical care, questionnaire survey, public opinion analysis

УВОД

Световна здравна организация (СЗО) обяви на 30 януари 2020 г. спешност за общественото здраве от международно значение, свързана с разпространението на коронавирусна инфекция, наречена по-късно COVID-19. На 11 март СЗО, поради силното разпространение на COVID-19 и след оценка на обстановката определя ситуацията като „пандемична“. Ситуацията, възникнала с появата на коронавируса, е с невиджани досега мащаби (8). От официалното обявяване на пандемията от COVID-19 в България и съобщаването на първите заболявания на 8.03.2020 г. до 30.09.2021 г. общият брой на регистрираните случаи е 500 112 (заболяемост 7 219,7 на 100 000). **По данни на Европейския център за превенция и контрол на заболяванията за разпространението на COVID-19 по света от 31 декември 2019 г. и към 36-та седмица на 2021 г. са докладвани 225 166 539 случая на COVID-19, а в ЕС/ЕИП са докладвани 37 521 784 случая, включително 4 636 120 смъртни случая в света.**

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Целта на настоящата статия е анализ и оценка на мнението на пациентите относно организацията и достъпа до извънболничната медицинска помощ в условията на COVID-19.

За реализация на целта си поставихме следните задачи:

1. Анализ на организацията на извънболничната медицинска помощ в условията на COVID-19 на базата на нормативни документи.
2. Анализ на мнението на пациентите за достъпа им до общопрактикуващия лекар в условията на COVID-19 в кабинета, чрез телефон и други начини на комуникация.
3. Анализ на мнението на пациентите за достъпа им до специалисти в извънболничната медицинска помощ в условията на COVID-19.
4. Анализ на мнението на пациентите за достъпа им до спешната медицинска помощ в условията на COVID – 19.
5. Формулиране на изводи и препоръки относно подобряване на достъпа на пациентите до извънболничната медицинска помощ.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

За обективизиране на наблюдаваните резултати е използван документален и социологически метод - анкета. Проучени са нормативни актове, свързани с организацията на извънболничната медицинска помощ в условията на COVID-19.

Анкетирани са 531 пациента в цялата страна за периода м. 03.2021 – м. 04.2021 г. Анкетата е анонимна и е проведена чрез използване на онлайн платформата Google Forms. Подборът е случаен – няма селекция на анкетираниите, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при ниво на значимост $P(t)=0.05$ дава информация за оценка точността на анализираниите показатели.

Количествените анализи са правени със статистически пакет приложни програми - SPSS 17.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Според законодателството в България достъпа до медицинска помощ е „право на всеки гражданин да получи медицинска помощ” при условия и ред, уредени в Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване (1,2,3).

Първият контакт със здравната система на лица със съмнение за заразяване с коронавирусна инфекция се осъществява по установения ред съгласно Националния план за справяне с пандемията от SARS-CoV-2 наличен на сайта на МЗ [/https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/nacionalen-plan-za-spravyane-s-pandemiyata-ot-sars/](https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/nacionalen-plan-za-spravyane-s-pandemiyata-ot-sars/) (4, 6, 7), а именно:

- в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ – ОПЛ, лекари специалисти на индивидуална практика, медицински центрове, ДКЦ и лаборатории;
- от спешни мобилни екипи на ЦСМП и при амбулаторни прегледи във филиалите им;
- в спешните отделения и диагностично-консултативните блокове на лечебни заведения за болнична помощ;
- от РЗИ – по телефон или при провеждане на епидемиологично проучване.

При обявено извънредно положение поради епидемично разпространение на заразни болести по чл. 61, ал. 1 или 3 от Закона за здравето или на обявена извънредна епидемична обстановка поради епидемично разпространение на заразна болест по чл. 61, ал. 1 от Закона за здравето министърът на здравеопазването може със заповед да разпореда на регионалните здравни инспекции въвеждането на временни мерки и дейности за организация и реструктуриране на лечебните заведения на територията на съответната област за определен период от време. Създаването на организация на здравните дейности, свързани с COVID-19, тяхната координация и контрол са възложени на директорите на РЗИ, които работят в тясно взаимодействие с лечебните заведения. Временните мерки и дейности, разпоредени от министъра на здравеопазването, се въвеждат на територията на отделната област със заповед на директора на съответната регионална здравна инспекция.

За да проучим и анализираме организацията и достъпа до извънболничната медицинска помощ в условията на COVID-19 проведохме анкетно проучване /периода м. 03.2021 – м. 04.2021 г./ за мнението на пациентите относно организацията до извънболничната помощ от

момента на обявяване на извънредно положение -13 март 2020 г. за период от една година. Жените са 56,12 %, а мъжете са 43,88 % от респондентите. По отношение на възрастовото разпределение на анкетираните: 1/3 от всички са в групата 51-60 години, следвани групата на 41-50 годишните от 23,16 %, тези над 60 год. са 17,89 % като това разпределение е обусловено от начина на разпространение на анкетната карта. По отношение на местоживеенето над половината от респондентите – 52,92% са от столицата, следвани от жителите на областните центрове – 22,03%, градовете – 16,57% и селата – 8,47%.

На въпроса „Промени ли се достъпа ви до общопрактикуващия лекар /в кабинета/ в условията на пандемията от COVID 19 и в каква посока?“ резултатите показват, че при над половината от анкетираните – 51,41% достъпът е станал по-лесен поради намаления брой на пациентите преглеждащи се в кабинета /фиг. 1/. Тези резултати кореспондират и с въведените ограничителни мерки от МЗ и страха от неизвестността относно заразяването, протичането и лечението на заболяването по това време. При 22,98% от респондентите достъпа е станал по-труден поради по-дълго чакане пред кабинета, а при 18,27% не е настъпила промяна.

Фигура 1. Промени ли се достъпът ви до общопрактикуващия лекар /в кабинета/ в условията на пандемията от COVID-19 и в каква посока?



Интерес представлява и връзката на пациентите с техните лични лекари по телефона, предвид наложените ограничения в условията на COVID-19 /таблица 1/. Консултация по телефона или връщане на обаждане от общопрактикуващия лекар в работно време получават 42,18 % от анкетираните, а по всяко време – 26,18%. Това показва ангажираността и съпричастността на личните лекари към проблемите на своите пациенти. При 1/3 от респондентите положението е различно – **те не получават** консултация по телефона при позвъняване на ОПЛ или връщане на обаждане от лекаря. Причините за това може да са

различни – голямата натовареност на лекарите с по-големи практики, незаинтересованост за проблемите на пациентите или злоупотреба от страна на пациентите за позвъняване на личния лекар за неспешни проблеми. Практиката показва, че въпреки наличието на „центрове“ за 24 часово покритие на пациентите, повечето от тях имат доверие на своя личен лекар и това води понякога до необосновани обаждания по всяко време.

Таблица 1. Промяна във връзката на пациентите с ОПЛ по телефона /консултациите/ в условията на пандемия от COVID-19

ОТГОВОРИ	брой	в %
Винаги получавам консултация по телефона при позвъняване в работното време на ОПЛ и/или връщане на обаждане от лекаря	87	16,38%
Винаги получавам консултация по телефона при позвъняване по всяко време и/или връщане на обаждане от лекаря	58	10,92%
Понякога получавам консултация по телефона при позвъняване в работното време на ОПЛ и/или връщане на обаждане от лекаря	137	25,80%
Понякога получавам консултация по телефона при позвъняване по всяко време и/или връщане на обаждане от лекаря	81	15,25%
Не получавам консултация по телефона при позвъняване на ОПЛ и връщане на обаждане от лекаря	168	31,64%

Потърсихме зависимостта на отговорите на пациентите за връзката им с ОПЛ по телефона и местоживеенето. Получените резултати показват интересни зависимости /табл. 2/: в работно време 51,11% от пациентите живеещи в селата получават консултация по телефона и/ или връщане на обаждане от ОПЛ, в столицата 42,35% от респондентите, в областните центрове – 40,17%, а в градовете – 39,77%. Същата зависимост се наблюдава и при отговорите на пациентите за получаване на консултация по телефона по всяко време – най-голям е относителният дял отново на пациентите от селата – 33,34%, последван от градовете – 29,54%, областните центрове – 23,94% и столицата – 25,91%. Обратна е зависимостта при отговора в негативна посока, т.е. пациентите не получават консултация по телефона от ОПЛ в най-голям процент в областния център – 35,90%, последвано от столицата – 32,74%, града – 30,68% и само 15,56% от анкетираните пациенти в селата дават този отговор.

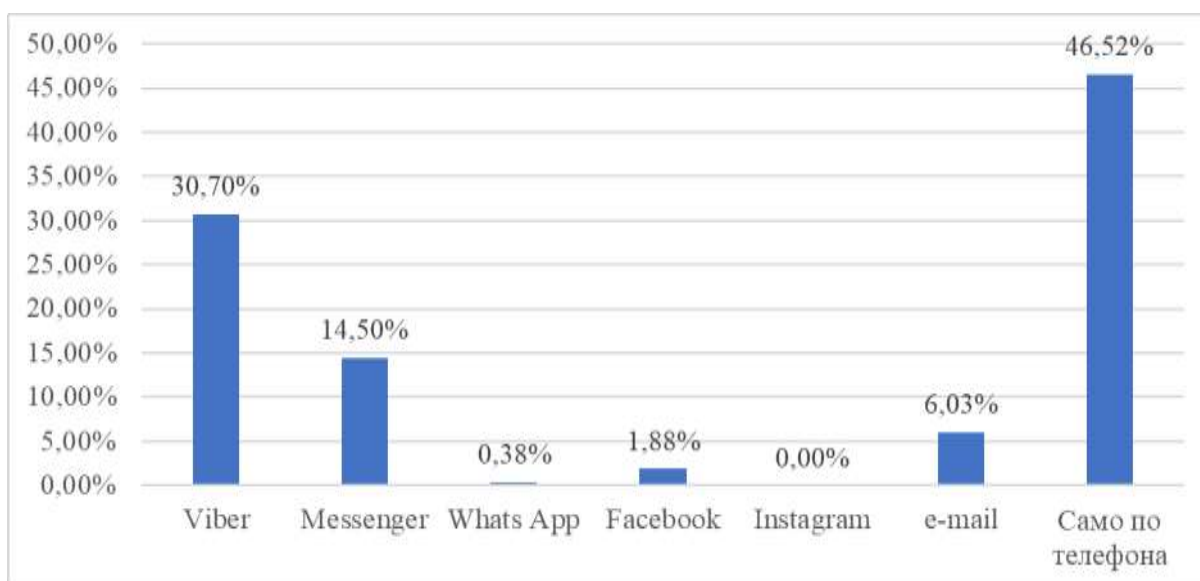
Тези резултати са във връзка с организацията на работата в различните населени места – докато достъпът до ОПЛ в кабинета е по лесен от гледна точка на териториална достъпност в столицата и градовете, то в селата поради обслужване на повече от едно село от един ОПЛ – прегледите в кабинета се осъществяват в определен ден от седмицата и е логично комуникацията по телефона да е по засилена.

Таблица 2. Промяна във връзката на пациентите с ОПЛ по телефона /консултациите/ в условията на пандемия от COVID-19 в зависимост от местоживеенето

Населено място	Столица		Областен център		Град		Село	
	брой	в %	брой	в %	брой	в %	брой	в %
Отговори								
Винаги получавам консултация по телефона при позвъняване в работното време на ОПЛ и/или връщане на обаждане от лекаря	46	16,37%	18	15,38%	14	15,91%	9	20,00%
Винаги получавам консултация по телефона при позвъняване по всяко време и/или връщане на обаждане от лекаря	29	10,32%	12	10,26%	10	11,36%	7	15,56%
Понякога получавам консултация по телефона при позвъняване в работното време на ОПЛ и/или връщане на обаждане от лекаря	73	25,98%	29	24,79%	21	23,86%	14	31,11%
Понякога получавам консултация по телефона при позвъняване по всяко време и/или връщане на обаждане от лекаря	41	14,59%	16	13,68%	16	18,18%	8	17,78%
Не получавам консултация по телефона при позвъняване на ОПЛ и връщане на обаждане от лекаря	92	32,74%	42	35,90%	27	30,68%	7	15,56%

Попитахме пациентите използват ли и друг начин за осъществяване на връзка с личният си лекар в условията на COVID-19 / фиг. 2/. Най-често осъществяваната консултация на пациентите с общопрактикуващият лекар е по телефона /46,52%/, като не малък е и дялът на тези, които ползват съвременните начини на комуникация Viber – 30,70%, Messenger – 14,50% и e-mail – 6,03%. Това показва голямата натовареност на ОПЛ при комуникациите с техните пациенти.

Фигура 2. Начини за осъществяване на връзка с личния лекар в условията на COVID-19



Въведените организационни мерки в системата на здравеопазването и в частност в извънболничната медицинска помощ с цел ограничаване на заразяването с COVID-19 доведоха до частична промяна в начина на комуникация на пациентите с общопрактикуващите лекари. Това проличава и от мнението на пациентите в проведеното анкетно проучване за първата година от пандемията / март 2020 - април 2021 г/. Достъпът до кабинета на ОПЛ при над половината от анкетиранияте /51, 41%/ е станал по-лесен поради намаления брой на пациентите преглеждащи се в кабинета. В същото време комуникацията на пациентите с ОПЛ чрез телефон и съвременните информационно-комуникационни технологии се е засилила, особено изразено в малките населени места. Това показва и положителната оценка на пациентите за наличието на постоянната връзка с ОПЛ – на място в кабинета или чрез средствата за комуникация и доверието, което е изградено между лекар и пациент. В същото време служи и за оценка на качеството на предоставената помощ и комуникационните умения на ОПЛ. В условия на продължаваща епидемична обстановка във връзка с разпространението на COVID-19 комуникацията между ОПЛ и пациентите ще се промени в посока на засилено използване на средствата за отдалечено предоставяне на медицинска помощ – чрез телефон, Viber, Messenger, e-mail и т.н. Все повече ще навлиза и телемедицината особено в отдалечените и трудно достъпни региони, където има относителен недостиг на лекари включително и ОПЛ.

Достъпът до специализираната извънболнична помощ /СИМП/ помощ у нас е регламентиран нормативно чрез Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване и Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. Достъпът е основан на принципа на свободен избор от пациента на лечебно заведение за първична, специализирана и болнична помощ на територията на цялата страна и е регулиран чрез направления – за консултация или изследвания.

Условията и реда за оказване на СИМП са регламентирани в Раздел III на НРД. Специализирана извънболнична медицинска помощ се оказва на ЗЗОЛ (задължително здравноосигурено лице), на които е издадено „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) от лекар, работещ в лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, и „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) от лекар за СИМП, сключил договор с НЗОК, или от ОПЛ в случаите по чл. 144, ал. 9 и 10. (Чл. 147).

Системата на регулативни стандарти е въведена с НРД за 2003 г. По своята същност, представлява метод за определяне на обективни критерии за възлагане на специализирани медицински дейности (СМД) от отделните изпълнители на медицинска помощ (ИМП) (чл. 189, ал. 1 от НРД за 2003 г.). Първоначално системата на регулативните стандарти е определяла само броя на отделните видове СМД, които отделният изпълнител на ИМП е можел да назначи. Към настоящия момент обект на регулация е и стойността на медико-диагностичните дейности (МДД). Регулативните стандарти са финансов механизъм за разпределение на лимитираните бюджетни средства за СИМП и МДД. Те са метод за ограничаване на разходите по задължителното здравно осигуряване в ИМП. Сред

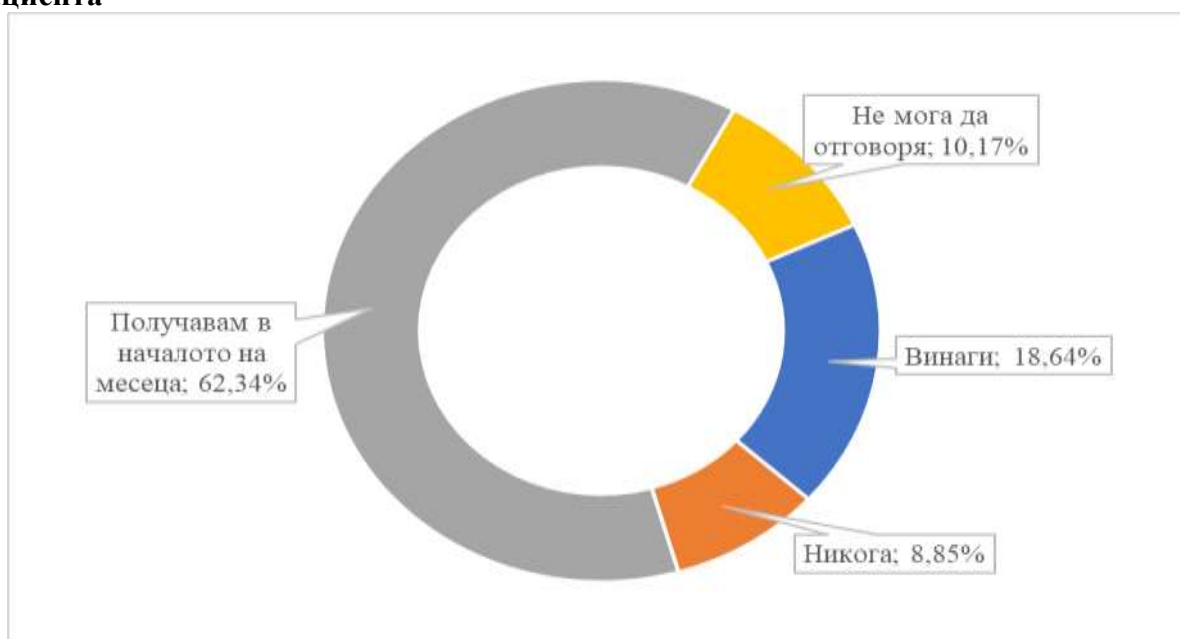
обществото регулативните стандарти са познати като лимит за направления (талони) за консултация със специалист или изследвания.

Регулацията на финансовите ресурси в ПИМП е правно регламентирана в чл. 3 от ЗБНЗОК за 2020 г. чрез определяне за всяко тримесечие на броя на СМД и стойността на МДД. Процедурата се прилага спрямо всеки лекар от лечебно заведение за ПИМП при отчитане на пет показателя:

- 1) броят на регистрираните в пациентската листа ЗОЛ;
- 2) броят на ЗОЛ, подлежащи на медико-диагностични изследвания, като елемент от задължителната профилактика и броя на жените от 30 до 40 годишна възраст;
- 3) броят на ЗОЛ, включени в програми „Майчино здравеопазване” и „Детско здравеопазване”;
- 4) необходимият брой на СМД и стойност на МДД за извършване на диспансерно наблюдение на ЗОЛ, когато ЗОЛ страда от повече от едно заболяване, подлежащо на диспансерно наблюдение от ОПЛ и
- 5) необходимия брой СМД и стойност на МДД за извършване на профилактични дейности при лица над 18-години с рискови фактори за развитие на заболяване.

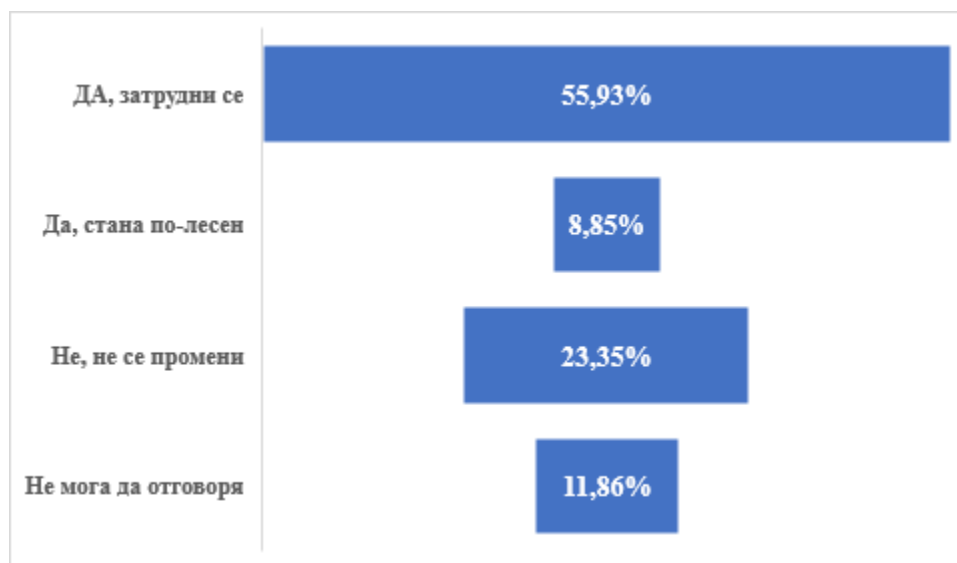
Преценката за необходимост от консултация с лекар специалист се прави от личния лекар. Пациентите често искат необосновани консултации със специалист. Попитахме респондентите дали получават направление за преглед от специалист от ОПЛ при желание от тяхна страна /фиг. 3/. Най-голяма част от респондентите – 62,34% отговарят, че получават направление в началото на месеца, 18,64% получават винаги направление за преглед при специалист и 8,85% никога не получават такова. Отговорите кореспондират с наличните ограничения под формата на регулативни стандарти описани по-горе.

Фигура 3. Получени направления за специалист от личния лекар по желание на пациента



На въпроса „Промени ли се достъпът ви при специалист от извънболничната помощ в условията на пандемия от COVID 19?“ са получени следните отговори /фиг. 4/: при повече от половината респонденти – 55,93% достъпът е станал по-труден, докато 23,35 % отговорят, че няма промяна в достъпа, а при 8,85% достъпът до специалист е станал по-лесен.

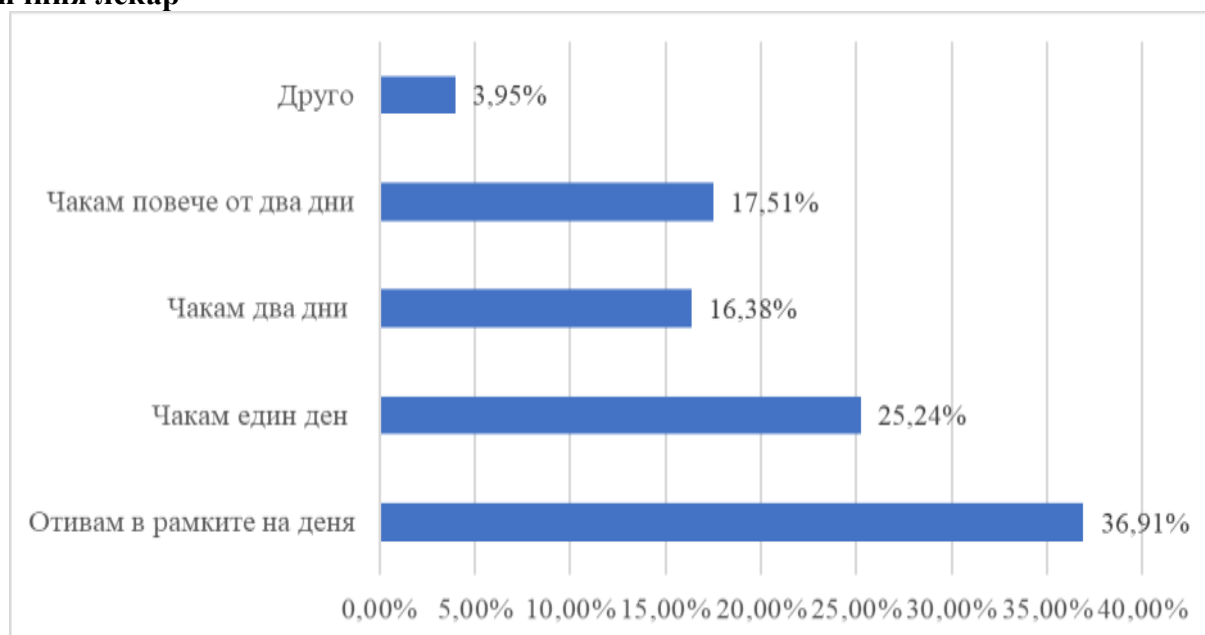
Фигура 4. Промяна в достъпа до специалист по мнение на пациентите в условията на Covid-19



Интерес представлява отговорът на въпроса колко време чакат за преглед при специалист след вземане на направление от личния лекар в условията на пандемия от COVID 19 /фиг. 5/ както и дали има промяна от времето за чакане преди пандемията.

В анкетно проучване проведено през периода юли 2003 до януари 2004 година (С. Генов, „подходи за ефективен мениджмънт на ресурсите в извънболничната медицинска помощ в условията на здравно осигуряване“, 2006 г.) при 2548 пациенти, показва следните данни - за 70,6% от анкетираните времетраенето на интервала между прегледа при ОПЛ и прегледа при специалист при препращане на пациента между прегледите е под 1 ден. За 17,3% интервалът е над 1 ден, за 6,0% е над 2 дни и за 6,1% от анкетираните интервалът е над 3 и повече дни. В нашето проучване 36,91 % от анкетираните осъществяват прегледа при специалист в рамките на деня, което показва 2 пъти намаление /70,6%/ в сравнение с резултатите от проучването проведено през 2003-2004 г. Един ден чакат за преглед при специалист 25,24% от респондентите, 16,38 – 2 дни.

Фигура 5. Време на чакане за преглед при специалист след вземане на направление от личния лекар



Потърсихме причините за тези отговори като попитахме пациентите „Каква е причината за чакането за преглед при специалист в условията на пандемия от COVID 19?“ /фигура 6/. При над 1/3 от анкетираните /36,16%/ причината за чакането за преглед при специалист в условията на COVID-19 е липсата на съответния специалист, последвано от запълнен график при специалиста – 21,66% и почти поравно и липсата на свободно време, поради характера на работното време /11,68%/ или поради лични ангажименти /10,55%. Тези данни кореспондират с териториалната диспропорция в разпределението на лекарите специалисти у нас и относителния недостиг на инфекционисти, пулмолози и педиатри.

Фигура 6. Причини за чакане за преглед при лекар специалист в условията на пандемия от COVID 19



Повечето от специалистите в извънболничната помощ работят и в болничната помощ, което води до относителната им липса и е причина и за получените резултати.

Потърсихме зависимост на причините за затруднения достъп и населеното място, в което живеят анкетираните /табл. 3/. Резултатите потвърждават териториалната диспропорция в разпределението на специалистите и липсата на определени специалисти в по-малките населени места. Липсата на съответния специалист е най-честата причина за чакане за преглед при специалист при 71,11% от анкетираните пациенти в селата, при 57,95% от живеещите в градовете, при 36,75% от живеещите в областните центрове и при 23,49% от живеещите в столицата. Запълнен график на специалиста е причина за чакане за преглед при специалист при 32,95% от живеещите в градовете, 21,49% в столицата, 17,95% в областните центрове и 11,11% в селата.

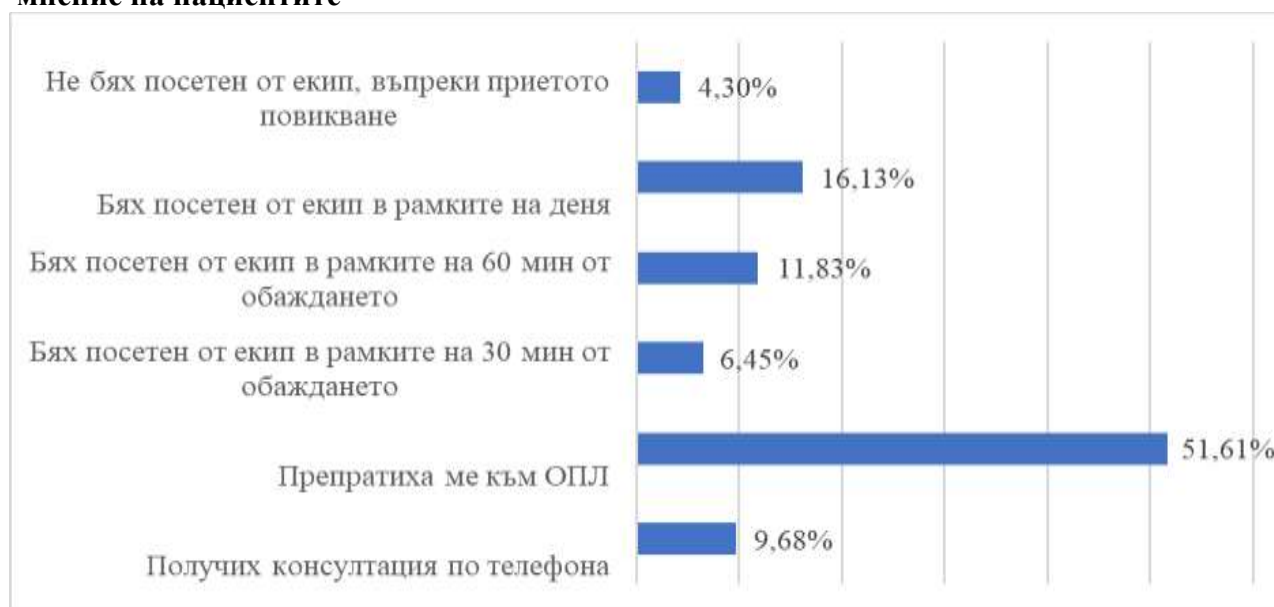
Таблица 3. Зависимост на причини за чакане за преглед при лекар специалист и населеното място на анкетираните

Тип населено място	Столица		Областен център		Град		Село	
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%
Причини:								
липса на съответния специалист	66	23,49%	43	36,75%	51	57,95%	32	71,11%
запълнен график на специалиста	60	21,35%	21	17,95%	29	32,95%	5	11,11%
нямах свободно време, поради характера на работното ми време	32	11,39%	23	19,66%	5	5,68%	2	4,44%
нямах свободно време, поради лични ангажименти	37	13,17%	14	11,97%	2	2,27%	3	6,67%
друго	86	30,60%	16	13,68%	1	1,14%	3	6,67%
Общо:	281	100,00%	117	100,00%	88	100,00%	45	100,00%

Друг съществен компонент на извънболничната помощ е спешната медицинска помощ. В условията на COVID-19 тя играе съществена роля при обслужването на пациентите и адекватното и навременно поведение спрямо състоянието на нуждаещите се. Пандемията с COVID-19 постави на изпитание през 2020-2021 г. цялата здравна система на страната и най-вече спешната медицинска помощ. Тя повлия съществено върху натовареността на спешните екипи. Системата е структурирана с 27 Центъра за спешна медицинска помощ /ЦСМП/, съответстващи на областите съставляващи административното деление на страната, с разкрити към тях 199 филиала за спешна медицинска помощ /ФСМП/ и 6 изнесени екипа, с 386 мобилни екипи. Основен проблем, който изпитват ЦСМП при изпълнение на дейността си е не малък брой **незаети щатове от лекари и специалисти по здравни грижи**. Въпреки липсата на персонал в условията на пандемията от COVID-19 мобилните медицински екипи, успешно и навреме изпълняват приетите обаждания за пациенти с COVID-19. Назначават се допълнително лекари и други медицински специалисти, преструктурират се спешни мобилни екипи.

На въпроса дали са ползвали услугите на спешната медицинска помощ през последната година /март 2020 – април 2021/ 82,49 % от респондентите отговарят отрицателно и само 17,51% положително. Тези, които са ползвали услугите попитахме каква помощ са получили /фиг. 7/. Повече от половината от анкетиранияте /51,61%/ отговарят, че са препратени към общопрактикуващия лекар, само 6,45% са посетени от екип на спешна помощ в рамките на 30 мин от повикването, до 1 час от повикването са посетени от екип на спешна помощ 11,83% от анкетиранияте, а 16,13 % в рамките на деня. Не малка част от респондентите – 9,68% са консултирани само по телефона, а 4,30% не са посетени от екип на спешната помощ, въпреки приетото повикване. Тези резултати макар и непредставителни за страната показват необходимостта от организационни промени в спешната медицинска помощ и включване и на лекарските асистенти и парамедиците в екипите, поради липсата на лекари, които да работят на това ниво на медицинската помощ.

Фигура 7. Начин на реагиране на спешната медицинска помощ при повикване по мнение на пациентите



ИЗВОДИ:

1. Достъпът до кабинета на ОПЛ при над половината от анкетиранияте /51, 41%/ е станал по-лесен поради намаления брой на пациентите преглеждащи се в кабинета през анализирания период.
2. Комуникацията на пациентите с ОПЛ чрез телефон и съвременните информационно-комуникационни технологии се е засилила, особено изразено в малките населени места.
3. Налице са неравенства в достъпа до СИМП според анкетиранияте – при повече от половината – 55,93% достъпът до специалист от извънболничната медицинска помощ е станал по-труден, поради липса на съответния специалист /36,16%/ или запълнен график на специалиста /21,66%/.

4. По отношение на начина на реакция на спешната медицинска помощ също са налице проблеми, като основната причина за това е ресурсната недостатъчност от гледна точка на човешкия фактор.

Препоръките, които отправяме към Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в България / НСОПЛБ/, БЛС и пациентските организации с оглед подобряване на достъпа на пациентите в извънболничната помощ в условията на COVID-19 е провеждане на информационни кампании сред пациентите с помощта на медиите с цел:

- ✓ повишаване на здравната култура относно използване на всички предоставени възможности за спазване на противоепидемичните мерки с оглед предотвратяване на разпространението на COVID-19;
- ✓ представяне на предимствата на онлайн консултациите и връзките по телефона и другите средства за комуникация предоставяни от лекарите при възможност за решаване на здравния проблем на пациента по този начин.

Неизвестността около продължителността на пандемията и последиците върху икономиката и здравеопазването на страната са непредсказуеми. Организацията и достъпът на пациентите до извънболничната помощ, като един от елементите на качеството на предоставените здравни услуги трябва да бъде изучаван и анализиран задълбочено и всестранно. Важно условие за удовлетвореността на пациентите от извънболничната помощ е безпрепятствения достъп до ОПЛ и СИМП. Това налага, особено в условията на пандемия от COVID-19 лекарите от извънболничната помощ и пациентите да използват пълноценно възможностите на информационно-комуникационните технологии и онлайн консултациите.

БИБЛИОГРАФИЯ

Закон за здравето, Обн. ДВ бр. 70 от 10.08.2004г., в сила от 01.01.2005г., изм. и доп. ДВ. бр.110 от 29 Декември 2020г., доп. ДВ бр.21 от 12 Март 2021г., <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135489147> [Zakon za zdraveto, Obn. DV br. 70 ot 10.08.2004 g., izm. i dop. DV. Br. 110 ot 29 Dekemvri 2020 g., dop. DV br. 21 ot 12 Mart 2021]

Закон за здравното осигуряване, Обн. ДВ бр. 70 от 19.06.1998 г. изм. и доп., бр. 67 от 28.07.2020 г., бр. 103 от 4.12.2020 г., в сила от 1.01.2021 г., бр. 21 от 12.03.2021 г., в сила от 12.03.2021 г., <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134412800> [Zakon za zdravnoto osiguryavane, Obn. DV br. 70 ot 19.06.1998 g. izm. i dop., br. 67 ot 28.07.2020 g., br. 103 ot 4.12.2020 g., v sila ot 1.01.2021 g., br. 21 ot 12.03.2021 g., v sila ot 12.03.2021]

Закон за мерките и действията по време на извънредното положение, обявено с решение на Народното събрание от 13 март 2020 г. и за преодоляване на последиците, в сила от 13.03.2020 г. Обн. ДВ. бр. 28 от 24 март 2020г., изм. и доп. ДВ бр.36 от 1 май 2021г. [Zakon za merkite i deistviyata po vreme na izvunrednoto polozhenie, obyaveno s reshenie na Narodnoto subranie ot 13 mart 2020 g. i za preodolyavane na posleditsite, v sila ot 13.03.2020 g. Obn. DV. br.28 ot 24 mart 2020 g., izm. i dop. DV br. 36 ot 1 mai 2021]

Заповед № РД-01-124 за въвеждане на противоепидемични мерки в страната (отменена със Заповед № РД-01-263/14.05.2020 г.) [Zapoved No RD-01-124 za vuvezhdane na protivoepidemichni merki v stranata (otmenena sus Zapoved № RD-01-263/14.05.2020)]

Комитов, Г., Генов, Стр. (2006). Осигуряване на достъпа за задължително здравно-осигурени лица в първичната и специализираната медицинска помощ в аспектите на управление на практиките и ресурсната осигуреност в извънболничната помощ в страната за периода 2000-2006 година, в: Здравен мениджмънт, № 6 [Komitov, G., Genev, Str. (2006). Osiguryavane na dostupa za zadulzhitelno zdravnoosigureni litsa v purvichnata i spetsializiranata meditsinska pomosht v aspektite na upravlenie na praktikite i resursnata osigurenost v izvunbolnichnata pomosht v stranata za perioda 2000-2006 godina, v: Zdraven menidzhmant, № 6]

<https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/nacionalen-plan-za-spravyane-s-pandemiyata-ot-sars/>

<https://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/razprostrnenie-na-covid-19-po-sveta-danni-na-ecdc/>

<https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/nacionalen-operativen-plan-za-spravyane-s-pandemiy/>

КОВИД-19: РЕШЕНИЯ В ОТГОВОР НА КРИЗАТА

Петко Салчев, НЦОЗА¹

Резюме

В България пандемията беше обявена на 13 март 2020 г. заедно с първите случаи на заразени, като със заповед на министъра на здравеопазването беше обявено извънредно положение и редица съпътстващи мерки за борба с инфекцията. От официалното обявяване на пандемията от COVID-19 в България изминаха повече от 2 години. За този период България понесе съществени загуби изразени основно в човешки жертви и икономически последици.

Пандемията оказва своето влияние върху цялостния живот на страната като особен натиск изпитва здравната система, социално-осигурителната система, както и икономиката. В първите месеци на пандемията основните направления за вземане на решения бяха на ниво оказване на медицинска помощ на заразените и заболелите и търсене на подходящи методи за тестване, диагностика, лечение и на подходящи противоепидемични мерки. На второ място започна търсенето на решения за овладяване на проблемите на здравата система – т.е. дейността на първичната извънболнична медицинска помощ, специализираната извънболнична медицинска помощ, организация на болничната помощ при посрещане на увеличения поток на пациенти за хоспитализация, осигуряване на подходящи лекарства, организирането и създаването на алгоритми и протоколи за поведение както на медицинския персонал, така и за населението. От епидемиологична гледна точка се набелязваха и въвеждаха множество противоепидемични мерки – изолация, социална дистанция, хигиенни мерки, дори се стигна до затваряне (изолация) на цял град.

На тази база ще разгледаме няколко аспекта на вземането на решения – законодателни и нормативни, и решения свързани с разпределение на публичния ресурс в областта на здравеопазването за овладяване на кризата.

Ключови думи: пандемична криза, управленско решение, плащания, доплащания на лечебните заведения

COVID-19: RESPONSES TO THE CRISIS

Petko Salchev, NCPHA²

¹ Петко Салчев е завършил висше образование по медицина и магистратура по икономика. Има придобити специалности по „Социална медицина и управление на здравеопазването и фармацията“, като и по „Икономика на здравеопазването“. Професор е към Национален център по обществено здраве и анализи. С дълъг опит в преподаването на студенти, специализанти и докторанти по медицина, студенти по икономика и хоноруван преподавател към УНСС. От 2020 г. е избран от Народното събрание на Република България за Управителна Националната здравноосигурителна каса.

E-mail: salchev@gmail.com URL: http://www.researchgate.net/profile/Petko_Salchev www.freewebs.com/salchev

² Petko Salchev has a degree in medicine and a master's degree in economics. He has a degree in Social Medicine and Health and Pharmacy Management and a degree in Health Economics. He is a professor at the National Center for Public Health and Analysis. He has a long experience in teaching medical students, postgraduate and PhD students, economics students and a visiting professor at the UNWE. Since 2020, he has been elected by the National Assembly of the Republic of Bulgaria as the Governor of the National Health Insurance Fund.

E-mail: salchev@gmail.com URL: http://www.researchgate.net/profile/Petko_Salchev www.freewebs.com/salchev

Abstract

In Bulgaria, the pandemic was declared on March 13, 2020, along with the first cases of infection, and by order of the Minister of Health was declared a state of emergency and a number of accompanying measures to combat infection. More than 2 years have passed since the official announcement of the COVID-19 pandemic in Bulgaria. During this period, Bulgaria suffered significant losses, expressed mainly in human casualties and economic consequences. The pandemic had its impact on the overall life of the country, with special pressure on the health care system, the social security system and the economy. In the first months of the pandemic, the main areas of decision-making were at the level of providing medical care to those infected and sick and seeking appropriate methods for testing, diagnosis, treatment and appropriate anti-epidemic measures. Secondly, the search for solutions to address the problems of a healthy system began - the activity of primary outpatient medical care, specialized outpatient medical care, organization of hospital care in meeting the increased flow of patients for hospitalization, provision of appropriate drugs, organization and creation of algorithms and protocols for behavior of both medical staff and the population. From an epidemiological point of view, many anti-epidemic measures were identified and introduced - isolation, social distance, hygiene measures, and even the whole city was closed (isolated). On this basis, we will consider several aspects of decision-making - legislative and regulatory, and decisions related to the allocation of public resources in the field of health care to manage the crisis.

Key words: *pandemic crisis; management decision; payments; additional payments to medical institutions.*

НОРМАТИВНА РАМКА ЗА (ФИНАНСОВО) УПРАВЛЕНИЕ НА КРИЗАТА

По-надолу са систематизирани нормативните документи и решения, свързани с управлението на пандемията от COVID-19 у нас, което е основание (по-нататък) да се търси тяхното отражение върху управлението в отговор на кризата и плащанията на лечебните заведения от НЗОК.

Нормативни решения:

1. На 13.03.2020 г. бе приет Закон за мерките и действията по време на извънредното положение, обявено с решение на народното събрание от 13 март 2020 г. и за преодоляване на последиците, където бяха въведени определени законови изисквания към здравната система относно преодоляването на епидемичната криза, а именно:

Чл. 13. (1) (Доп. - ДВ, бр. 44 от 2020 г., в сила от 14.05.2020 г., изм. - ДВ, бр. 64 от 2020 г., в сила от 18.07.2020 г.) По време на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка и три месеца след нейната отмяна разпоредбите на Закона за обществените поръчки не се прилагат при:

1. закупуване от възложителите на хигиенни материали, дезинфектанти, медицински изделия и лични предпазни средства, необходими за обезпечаване на протиепидемичните мерки;

2. (доп. - ДВ, бр. 64 от 2020 г., в сила от 18.07.2020 г.) закупуване на медицински изделия, осигуряване на услугите по взимане на проби и отчитане на резултатите, закупуване на медицинска и лабораторна апаратура, необходими за диагностика и лечение на заразените пациенти, консумативите за тях, както и дейности, свързани с внедряването им и гаранционната им поддръжка;

3. възлагане на дейности по обезвреждане на пестициди и болнични отпадъци съгласно Наредба № 1 за изискванията към дейностите по събиране и третиране на отпадъците на територията на лечебните и здравните заведения (обн., ДВ, бр. 13 от 2015 г.; изм., бр. 102 от 2018 г.).

(2) (Нова - ДВ, бр. 44 от 2020 г., в сила от 14.05.2020 г., доп. - ДВ, бр. 64 от 2020 г., в сила от 18.07.2020 г.) Разпоредбите на Закона за обществените поръчки не се прилагат два месеца след

отмяната на извънредното положение, съответно по време на извънредната епидемична обстановка и три месеца след нейната отмяна и за транспортните услуги в случаите по ал. 1, т. 1 и 2.

(3) (Предишна ал. 2, изм. - ДВ, бр. 44 от 2020 г., в сила от 14.05.2020 г.) По искане на изпълнител на обществена поръчка може да бъде предоговорен срокът за изпълнение, но не повече от два месеца след отмяната на извънредното положение.

Чл. 14. При закупуване със средства от държавния бюджет чрез бюджета на Министерството на здравеопазването, от бюджета на лечебните заведения по чл. 5 от Закона за лечебните заведения и със средства на лечебните заведения с държавно и/или общинско участие по чл. 9 и 10 от Закона за лечебните заведения на медицински изделия, необходими за обезпечаване на протиепидемичните мерки, както и за лечението и диагностиката на заразените пациенти, не се прилагат изискванията на глава трета, раздел II от Наредбата за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат (обн., ДВ, бр. 104 от 2011 г.; изм., бр. 74 от 2013 г., бр. 76 от 2014 г., бр. 35 от 2015 г., бр. 104 от 2018 г. и бр. 27 и 83 от 2019 г.), с изключение на чл. 34, ал. 1, т. 2 от същата наредба.

Чл. 15. Аптеките може да отпускат лекарствени продукти само по рецептурна книжка, без представяне на рецепта съобразно последно вписаните в рецептурната книжка данни за отпуснати лекарствени продукти, при условия и по ред, определени от Националната здравноосигурителна каса, до отмяна на извънредното положение и два месеца след неговата отмяна.

Чл. 15а. (1) (Нов - ДВ, бр. 34 от 2020 г., в сила от 09.04.2020 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 44 от 2020 г., в сила от 14.05.2020 г., изм. - ДВ, бр. 64 от 2020 г., в сила от 18.07.2020 г., предишен текст на чл. 15а, доп. - ДВ, бр. 14 от 2021 г., в сила от 01.01.2021 г.) По време на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка и до три месеца след нейната отмяна Националната здравноосигурителна каса и Българският лекарски съюз, съответно Българският зъболекарски съюз, може да подпишат анекс към съответния национален рамков договор, който съдържа заплащане за работа при неблагоприятни условия по време на обявеното извънредно положение, съответно на извънредната епидемична обстановка и до три месеца след нейната отмяна на изпълнителите на медицинска помощ, съответно на дентална помощ, условия и ред за заплащането и методика за определяне размера на сумите. Средства може да се осигуряват и чрез допълнителен трансфер от бюджета на Министерството на здравеопазването.

(2) (Нова - ДВ, бр. 14 от 2021 г., в сила от 01.01.2021 г.) Министерството на здравеопазването може да изплаща допълнителни възнаграждения за постигнати резултати на служители в системата на Министерството на здравеопазването и подведомствените му разпоредители с бюджет, работещи при неблагоприятни условия на труд по време на обявеното извънредно положение, съответно на извънредната епидемична обстановка, включително за дейности, свързани с поставяне на ваксини срещу COVID-19.

(3) (Нова - ДВ, бр. 14 от 2021 г., в сила от 01.01.2021 г.) Ограниченията по чл. 67, ал. 9 и 10 от Закона за държавния служител и чл. 107а, ал. 15 и 16 от Кодекса на труда може да се превишават до размера на възнагражденията по ал. 2 и дължимите върху тях осигурителни вноски.

(4) (Нова - ДВ, бр. 14 от 2021 г., в сила от 01.01.2021 г.) Периодичността на изплащане на възнагражденията по ал. 2 се определя със заповед на министъра на здравеопазването, като не се прилагат ограниченията по чл. 67, ал. 8 от Закона за държавния служител и чл. 107а, ал. 15 от Кодекса на труда.

Чл. 16. (1) (Изм. и доп. - ДВ, бр. 44 от 2020 г., в сила от 14.05.2020 г.) По време на извънредното положение и два месеца след неговата отмяна със заповед на министъра на здравеопазването може да се забрани износ на лекарствени продукти по смисъла на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина от територията на Република България с цел осигуряване на достатъчни количества лекарствени продукти за задоволяване на здравните потребности на населението на Република България.

(2) Който наруши забраната по ал. 1, се наказва с глоба в размер на 10 000 лв., съответно се налага имуществена санкция в размер на 50 000 лв., а при повторно извършване на същото нарушение - с глоба в размер на 20 000 лв., съответно с имуществената санкция в размер на 100 000 лв.

(3) Нарушенията се установяват с актове, съставени от длъжностни лица, определени от изпълнителния директор на Изпълнителната агенция по лекарствата или на директора на

съответната регионална здравна инспекция. Наказателните постановления се издават от изпълнителния директор на Изпълнителната агенция по лекарствата или от директора на съответната регионална здравна инспекция.

2. Във връзка с това Надзорния съвет на НЗОК (НС на НЗОК) прие решение № РД-НС-04-31/23.03.2020 г. с указания за дейността на лечебните заведения за болнична медицинска помощ за диагностика, лечение и карантинен режим при пациенти с COVID-19.

3. На 06.04 2020 г. бе приет договор № РД-НС-01-4-2 от 06.04 2020 г. за изменение и допълнение на НРД за медицински дейности между НЗОК и БЛС за 2020-2022 г. чрез който бе утвърдена „Методика за определяне на размера на сумите, заплащани от НЗОК на изпълнители на медицинска помощ, на дентална помощ и на медико-диагностични дейности за работа при неблагоприятни условия по повод на обявена епидемична обстановка“. Същата бе съгласувана с двете съсловни организации – Български лекарски съюз и Български зъболекарски съюз. Методиката бе основен инструмент за управление на плащанията от страна на НЗОК и бе променяна многократно на базата на развитието на епидемичния процес.

Решение № РД-НС-05-9-3 от 12.01.2021 г., - промени в годината от 2020 на 2021 г. и се определя базова стойност завишена с съответни % 9, 7 и 10;

Решение № РД-НС-05-9-4 от 21.01.2021 г., - добавя се изискване за увеличен размер съобразна БМП осигуряващи комплексно интензивно лечение;

Решение № РД-НС-05-9-6 от 16.02.2021 г., - добавят се заплащане за поставяне на дози за ваксини. В болничната медицинска помощ се добавя критерии за минимален брой преминали пациенти и и съответно плащане на служители. Нови Декларации.

Решение № РД-НС-05-9-7 от 4.03.2021 г., - промяна на броя преминали пациенти;

Решение № РД-НС-05-9-8 от 30.03.2021 г., - промяна на броя преминали пациенти;

Решение № РД-НС-05-9-9 от 22.04.2021 г., сума от 10 лв. за поставяне ваксина;

Решение № РД-НС-05-9-10 от 22.04.2021 г определят се тежест на критерии и утвърждава списък с 15 бр. ЛЗ за разпределяне на допълнителни възнаграждения;

Решение № РД-НС-05-9-12 от 31.05.2021 г., изм. – променят се дати ;

Решение № РД-НС-05-9-13 от 30.06.2021 г., изм. и доп. –определят се коефициенти на база заболяемост и НУР- дентална не по малко 50%, изпълнители на медицинска 60%;

Решение № РД-НС-05-9-14 от 9.09.2021 г., доп. – отпадат някои изисквания при висока заболяемост и се добавят изисквания за Диагностично-консултативните центрове;

Решение № РД-НС-05-9-15 от 9.09.2021 г.;

Решение № РД-НС-05-9-16 от 30.09.2021 г., в сила от 1.10.2021 г.,- назначават допълнителни изследвания;

Решение № РД-НС-05-9-17/28.10.2021 г. – м. 10,11,и 12 се заплаща 100%.

4. В изпълнение на методиката НС на НЗОК с осем последователни решения утвърждаваше по изпълнители на болнична медицинска помощ (БМП), стойности за заплащане през съответния месец на 2020 г., за работа при неблагоприятни условия (НУР), съгласно реда на „Методика за определяне на размера на сумите, заплащани от НЗОК на изпълнители на медицинска помощ, на дентална помощ и на медико-диагностични дейности за работа при неблагоприятни условия по повод на обявена епидемична обстановка“, както и стойности за изпълнители на ПИМП, СИМП, МДД и ДП за заплащане през съответния месец на 2020 г., за работа при неблагоприятни условия.

5. В края на 2020 г. бяха приети няколко анекса към Национален рамков договор 2020 г., които уточняваха различните пращания към изпълнителите на медицинска помощ по повод епидемичната обстановка, а именно:

ДОГОВОР № РД-НС-01-4-5 от 26 ноември 2020 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2020 – 2022 г. (обн., ДВ, бр. 7 от 2020 г.; попр., бр. 16 от 2020 г.; изм. и доп., бр. 18, 36, 40 и 77 от 2020 г.). Относно:

- *Заплащане на НУР по видовете изпълнители на медицинска помощ:*

Изпълнител на СИМП (ДКЦ/МЦ) има право на заплащане за работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка, в случай че отговаря на определени условия, посочени в методиката по чл. 201а, ал. 2.

- *Възможността на общопрактикуващите лекари на назначават PCR:*

В глава седемнадесета се създава раздел XI „Назначаване от общопрактикуващ лекар и изпълнение на високоспециализирани медико-диагностични изследвания „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“, когато с акт на министъра на здравеопазването са въведени противоепидемични мерки на територията на цялата страна“.

- *Възможността за реструктуриране на легла за лечение на пациенти с COVID-19:*

„(4) По време на въведените с акт на министъра на здравеопазването противоепидемични мерки на територията на цялата страна с оглед осигуряване на достъп до болнична медицинска помощ на ЗОЛ след проверка и разрешение от съответната районна здравна инспекция (РЗИ) изпълнителят на болнична помощ може да реструктурира и увеличи броя на разкритите легла, в т.ч. и тези за интензивно лечение, за пациенти с COVID-19.

(5) Реструктурираните и новоразкритите болнични легла се отразяват в информационната система на НЗОК със самостоятелен код в номенклатурата на клиниките/отделенията и се използват за отчитане само на пациенти с COVID-19.“

- *Определяне на нови клинични пътеки и цена за лечение на пациенти:*

По време на въведените с акт на министъра на здравеопазването противоепидемични мерки на територията на цялата страна НЗОК заплаща за КП № 39 и КП № 48 цена 1200 лв. в случаите на положителен резултат при приемане за хоспитализация или от проведено по време на хоспитализацията ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“, съответно поставена диагноза с код U07.1 COVID-19.“

В приложение № 17 „Клинични пътеки“ се правят следните изменения и допълнения:

1. *В КП № 39 „Диагностика и лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18-годишна възраст“*

2. *В КП № 48 „Диагностика и лечение на бронхопневмония в детска възраст“*

3. *В КП № 104 „Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания – остро протичащи, с усложнения“*

ДОГОВОР № РД-НС-01-3-3 от 1 декември 2020г. за изменение и допълнение на НРД за денталните дейности между НЗОК и БЗС за 2020 – 2022 г.

Относно: Определяне на цени заплащани на изпълнителите на лечебни заведения.

ДОГОВОР № РД-НС-01-3-4 от 23 декември 2020 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2020 – 2022 г.

Относно: Изменение и допълнение на НРД за денталните дейности между НЗОК и БЗС за 2020 – 2022 г. - заплащане на дейности и цени.

6. Постановления на Министерски съвет

ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 414 ОТ 1 ДЕКЕМВРИ 2021г. относно: Увеличаване в размер 41 011 200 лв. на предоставения трансфер по бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2021 г. за осигуряване на средства за подкрепа на персонала на първа линия, пряко ангажиран с дейности по предотвратяване на разпространението на COVID-19, съгласно чл. 15а, ал. 1 от Закона за мерките и действията по време на извънредното положение, обявено с решение на Народното събрание от

13 март 2020 г., и за преодоляване на последиците, включително за поставяне на ваксини срещу COVID-19 на здравно неосигурени лица.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 463 ОТ 22 ДЕКЕМВРИ 2021г.

Относно: Одобряване на допълнителни трансфери по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2021 г.

„Чл. 1. (1) Одобрява допълнителни трансфери в размер 54 000 000 лв. по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2021 г. за увеличаване на предоставения трансфер по бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2021 г. за осигуряване на средства за подкрепа на персонала на първа линия, пряко ангажиран с дейности по предотвратяване на разпространението на COVID-19, съгласно чл. 15а, ал. 1 от Закона за мерките и действията по време на извънредното положение, обявено с решение на Народното събрание от 13 март 2020 г., и за преодоляване на последиците, включително за поставяне на ваксини срещу COVID-19 на здравнонеосигурени лица

7. В края на 2021 година бяха допълнително приети следните решения на НС на НЗОК:

Решение № РД-НС-04-154/ 16.12.21 г. на Надзорния съвет на НЗОК

Относно: Утвърждаване, в приложение към Решението по РЗОК и по изпълнители на болнична медицинска помощ, стойности за работа при неблагоприятни условия за периода м. април - м. ноември 2021г., за заплащане през м. декември 2021г., в изпълнение на критерии и ред, посочени в Методиката по чл. 344, ал.1, т.6 от НРД за медицински дейности 2020-2022.

Решение № РД-НС-04-153/ 16.12.21 г. на Надзорния съвет на НЗОК

Относно: Утвърждаване определените единични суми за всеки вид дейности за формиране на сумата за еднократно допълнително заплащане за всеки изпълнител на първична извънболнична медицинска помощ, съгласно т. III от Условия и ред № РД-НС-01-2 от 11.11.2021 г.

Решение № РД-НС-04-151/ 16.12.21г. на Надзорния съвет на НЗОК

Относно: Утвърждаване в приложение към Решението по РЗОК и по изпълнители на болнична медицинска помощ коригирани годишни стойности на средствата на изпълнителите на болнична медицинска помощ за заплащане на допълнителни трудови възнаграждения на медицинския персонал за срока на обявената епидемична обстановка поради епидемиологично разпространение на заразна болест по чл.61, ал.1 от Закона за здравето.

Решение № РД-НС-04-150/ 16.12.21 г. на Надзорния съвет на НЗОК

Относно: Утвърждаване в приложение към Решението по РЗОК и по изпълнители на болнична медицинска помощ стойности за работа при неблагоприятни условия през м. ноември 2021г., за заплащане през м. декември 2021г., съгласно реда на т.7.17 от „Методика за определяне на размера на сумите, заплащани от НЗОК на изпълнители на медицинска помощ, на дентална помощ и на медико-диагностични дейности за работа при неблагоприятни условия по повод обявена епидемична обстановка“, приета съгласно договор № РД-НС-4-2 от 06.04.2020г, за изменение и допълнение на НРД за медицински дейности 2020-2022.

Решение № РД-НС-04-148/ 16.12.21 г. на Надзорния съвет на НЗОК

Относно: Утвърждаване в приложение към Решението по РЗОК и по изпълнители на болнична медицинска помощ стойности за работа при неблагоприятни условия през м. ноември 2021 г., за заплащане през м. декември 2021г., съгласно реда по „Методика за определяне на размера на сумите, заплащани от НЗОК на изпълнители на медицинска помощ, на дентална помощ и на медико-диагностични дейности за работа при неблагоприятни условия по повод обявена епидемична обстановка“, приета съгласно договор № РД-НС-4-2 от 06.04.2020 г., за изменение и допълнение на НРД за медицински дейности 2020-2022 г.

Решение № РД-НС-04-147/ 16.12.21 г. на Надзорния съвет на НЗОК

Относно: Утвърждаване в приложение към Решението по РЗОК, стойности за изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ, специализирана извънболнична медицинска помощ, медико-диагностична дейност и дентална помощ за заплащане през декември 2021 г., за работа при неблагоприятни условия през м. ноември 2021 г., по реда на т.6, т.8 и т.9 от „Методика за определяне на размера на сумите, заплащани от НЗОК на изпълнители на медицинска помощ, на дентална помощ и на медико-диагностични дейности за работа при неблагоприятни условия по повод обявена епидемична обстановка“, съгласно чл. 187а, чл.201а и чл.205а от НРД за медицински дейности 2020-2022 и съгласно чл.122а от НРД за дентални дейности за 2020-2022.

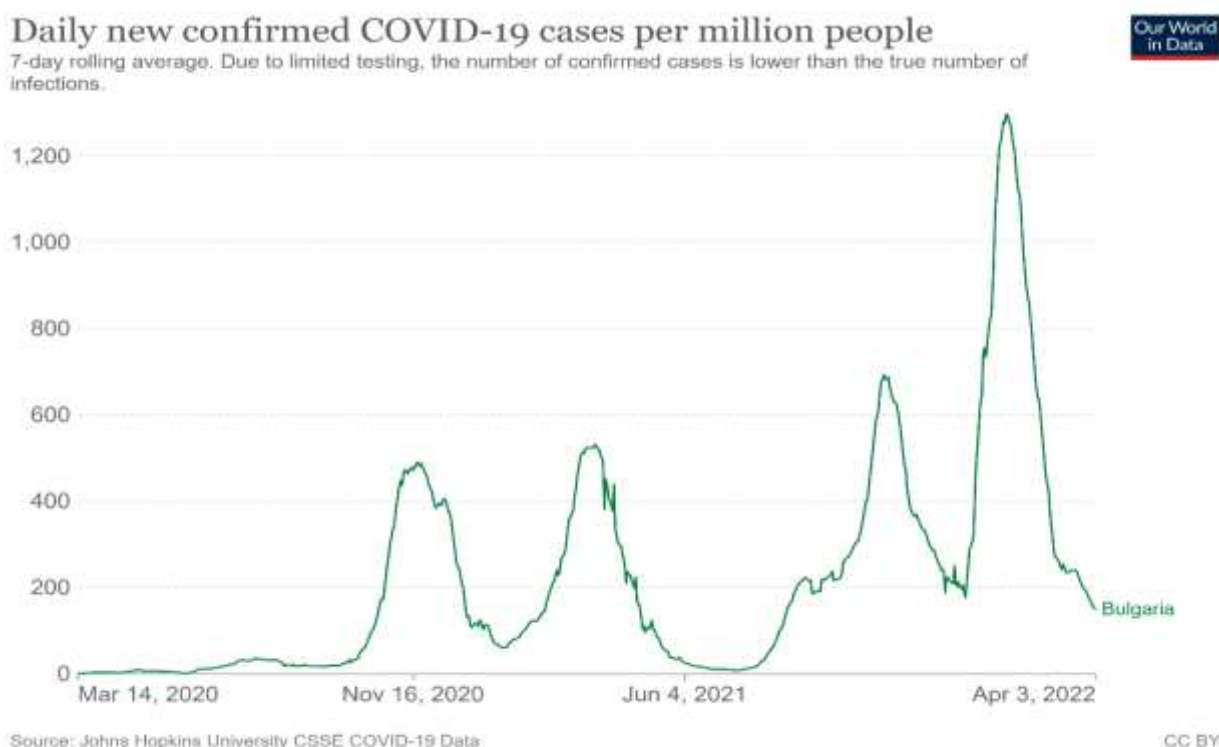
Нормативните решения определят заплащането на средства, насочени към:

- Запазване капацитета и готовността на лечебните заведения във връзка с епидемичната обстановка свързани с намаляване на нормалната им дейност и диагностика и лечение на пациенти с COVID-19 – т.н. неблагоприятни условия на работа (НУР)
- Заплащане на допълнителни средства за лекарите на т.н. първа линия за работа в рискови условия.
- Определяне на правила за лечение на пациентите с COVID-19, както и заплащането на извършването на епидемичния контрол чрез тестване с PCR тестове.

ВЛИЯНИЕ НА НОРМАТИВНИТЕ РЕШЕНИЯ ВЪРХУ ПЛАЩАНИЯТА НА НЗОК КЪМ ДОГОВОРНИТЕ ПАРТНЬОРИ

(а) На фигура 1 са показани за нови случаи с COVID-19 за двугодишния период и графика 2 за изплатените допълнителни средства за болнична медицинска помощ визуално е показано как разпространението на пандемията - новопоявили се случаи и взетите нормативните решения влияе върху изплащането на допълнителните средства на лечебните заведения за болнична помощ (НУР).

Фигура 1. Нови случаи с COVID-19

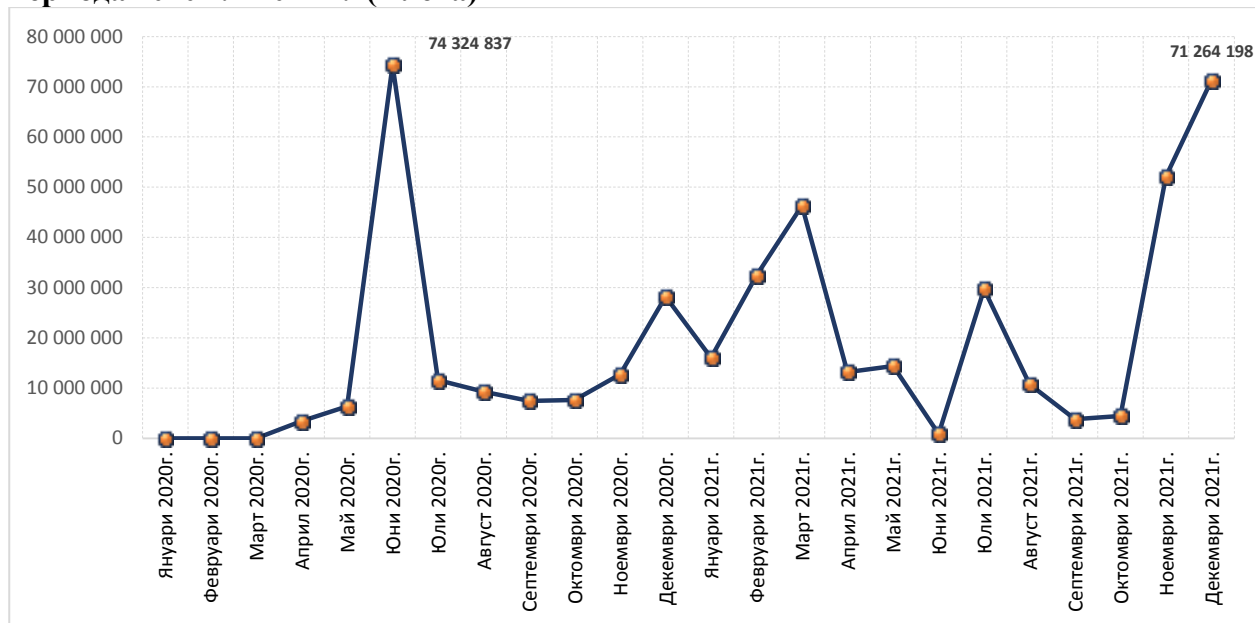


Източник: Our World in DATA

Развитието на кризата и характеристиките на всяка от епидемичните вълни са определящи за конкретните решения за плащанията, свързани с епидемията и **извън обичайната дейност на лечебните заведения.**

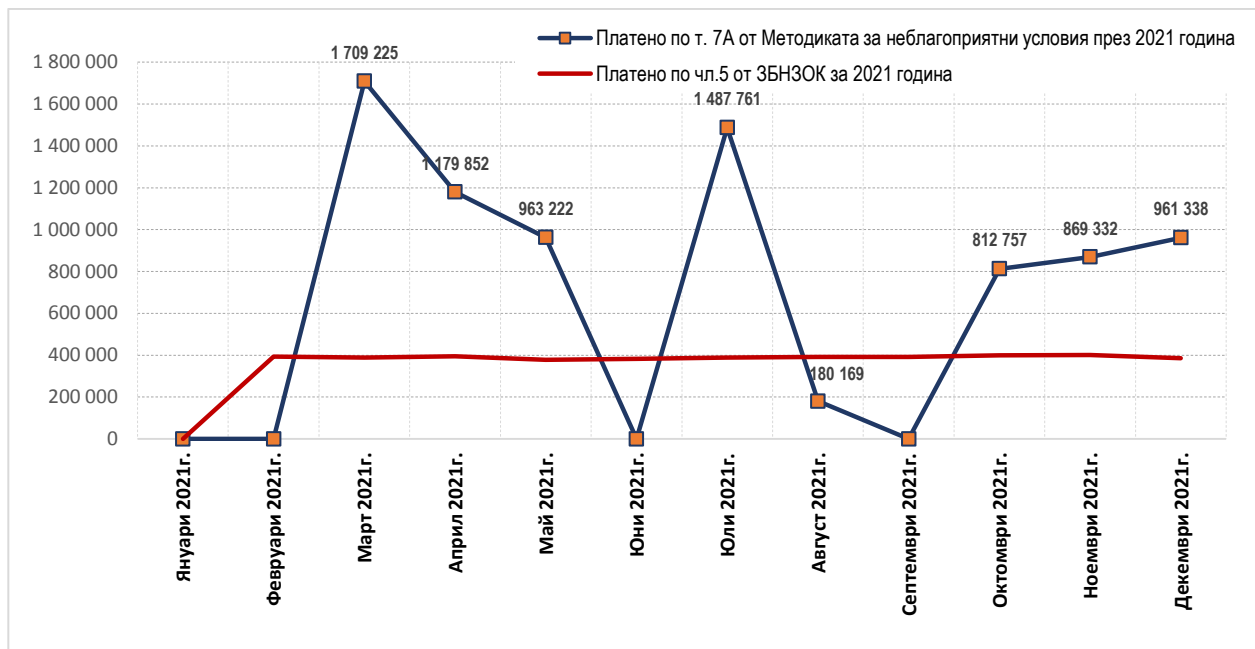
(б) *Плащания при лечебните заведения за болнична медицинска помощ (ЛЗБП).*

Фигура 2. Изплатени допълнителни средства на изпълнителите на БМП по РЗОК за периода 2020 г. - 2021 г. (в лева)



Източник: НЗОК, 2022

Фигура 3. Изплатени допълнителни средства



Източник: НЗОК, 2022

На таблица 1 са представени броя на договорните партньори по години и по области. От таблицата е видно, че в годините броя се запазва еднакъв, с изключение на област Пловдив, където има една нова болница.

Таблица 1. Брой договорни партньори за болнична медицинска помощ (БМП) по години и региони

Година РЗОК	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Общо РЗОК	375	375	376
Благоевград	13	13	13
Бургас	29	28	28
Варна	24	24	24
Велико Търново	13	13	13
Видин	2	3	3
Враца	12	12	12
Габрово	4	5	5
Добрич	8	8	8
Кърджали	5	5	5
Кюстендил	7	7	7
Ловеч	6	6	6
Монтана	6	6	6
Пазарджик	14	15	14
Перник	5	5	5
Плевен	18	18	18
Пловдив	45	46	46
Разград	4	4	4
Русе	8	8	8
Силистра	3	3	3
Сливен	9	8	8
Смолян	7	7	7
София град	81	78	81
София област	13	13	13
Стара Загора	15	15	15
Търговище	4	4	4
Хасково	10	11	11
Шумен	6	6	5
Ямбол	4	4	4

Източник: НЗОК, 2022

На таблица 2 са представени обобщените плащания по региони за 2020 г. и 2021 г. за неблагоприятни условия на работа (НУР), като през 2021 г. в бюджета на НЗОК бяха определени средства по чл. 5, които задължаваха касата да заплаща на всеки лекар, сестра и санитар към трудовото възнаграждение допълнителни 600 / 360 / 120 лева ежемесечно, както и по т. 7 А – заплащанията на т.н. 1000 лева на работещите в лечебните заведения на първа линия – отнасящи се за целия персонал на лечебните заведения за болнична помощ и получавани по трансфер от държавния бюджет.

Таблица 2. Изплатени допълнителни средства на изпълнителите на БМП по РЗОК за периода 2020 г. - 2021 г. (в лева)

Година	2020 г.		2021 г.		
	НУР	НУР	Платено по чл.5 от ЗБНЗОК за 2021 г.	Платено по т. 7А от Методиката за неблагоприятни условия	Общо 2021 г.
РЗОК					
Общо РЗОК	160 910 430	295 296 845	197 477 476	299 545 289	792 319 610
Благоевград	2 190 911	4 816 453	5 637 480	14 953 678	25 407 611
Бургас	3 746 233	10 372 062	8 313 600	13 857 555	32 543 217
Варна	13 926 197	30 042 686	13 471 320	12 747 632	56 261 638
Велико Търново	3 558 672	6 959 339	4 605 720	8 520 118	20 085 177
Видин	1 744 932	560 363	1 402 800	2 690 040	4 653 203
Враца	1 667 697	6 767 735	4 293 840	8 163 656	19 225 231
Габрово	876 795	2 273 102	2 614 920	6 588 173	11 476 195
Добрич	1 039 361	1 154 803	2 154 000	4 042 521	7 351 324
Кърджали	754 098	2 028 743	2 587 920	4 758 358	9 375 021
Кюстендил	2 037 382	2 908 175	2 724 600	5 437 500	11 070 275
Ловеч	906 605	2 641 998	2 546 760	6 431 566	11 620 324
Монтана	852 791	3 559 516	3 402 720	8 651 589	15 613 825
Пазарджик	3 685 826	5 942 815	6 720 720	13 872 391	26 535 926
Перник	2 358 843	4 187 932	1 785 720	3 858 675	9 832 327
Плевен	7 122 091	10 351 748	11 079 120	11 732 093	33 162 961
Пловдив	12 978 284	25 023 882	23 374 080	32 920 256	81 318 218
Разград	851 265	3 723 080	1 977 951	5 582 708	11 283 739
Русе	828 360	4 937 466	6 228 720	15 434 637	26 600 823
Силистра	984 725	1 668 817	2 238 120	5 088 507	8 995 444
Сливен	5 180 863	8 721 372	4 318 680	8 289 622	21 329 674
Смолян	2 894 814	2 833 856	2 292 720	5 001 930	10 128 506
София град	78 890 364	130 037 386	59 562 806	59 461 493	249 061 685
София област	1 027 671	3 124 319	3 629 400	6 104 439	12 858 158
Стара Загора	3 172 966	8 090 555	8 298 960	11 672 611	28 062 126
Търговище	2 473 509	3 581 367	2 537 640	4 790 797	10 909 804
Хасково	1 413 893	3 795 743	4 437 360	7 737 879	15 970 982
Шумен	2 134 373	3 051 069	3 138 840	5 936 842	12 126 751
Ямбол	1 610 909	2 140 462	2 100 960	5 218 025	9 459 447

Източник: НЗОК, 2022

От представените данни е видно, че общата сума на плащанията през 2020 г. са в размер на 160 млн. лева, докато през 2021 г. общия размер на плащанията е 792 млн. лева. Най-много допълнителни плащания има на лечебните заведения в София - град, следван от Варна и Пловдив, към които бе насочен от една страна основния поток на пациенти, както и поради наличието на повече персонал в тях.

(в) Плащания на лечебни заведения за извънболнична помощ

Първична медицинска помощ;

Относно плащанията при общопрактикуващите лекари се наблюдава намаление на броя на договорните партньори през 2020 г. спрямо 2019 г., но увеличение през 2021 г., като

заплатените средства за дейност намаляват през 2020 г. и 2021 г. сравнено с 2019 г., за сметка на средствата по Методиката за неблагоприятни условия на работа, които са приблизително 8% за 2020 г. и 3,5% през 2021 г., без допълнителните пращания по трансфери от държавния бюджет (т.н. 1000 лв. на първа линия на ОПЛ, нает от него лекари съответно персонал-сестра).

Най-голям дял на доплащанията през 2020 г. има в област Търговище и област Русе – съответно 14% и 11%, а през 2021 г. – в същите области – съответно 13% и 9%, а най-ниски и през двете години в област Благоевград и област Хасково (виж Приложение 1).

Специализирана извънболнична медицинска помощ

Броят на договорните партньори през трите години – 2019 преди ковид епидемията и 2020 и 2021 по време на епидемията се запазва почти еднакъв.

През 2020 година размерът на средствата за дейност намалява с почти 3,5 млн. лева спрямо 2019 за сметка на допълнителните средства (доплащания заради епидемията), които представляват 11% от общия размер на средствата. През 2021 година средствата за дейност се увеличават, като допълнителните средства намаляват до 10%.

Най-голям дял на доплащанията се наблюдава в област Видин и Разград, а най- малък в Перник и Ловеч и през двете години на епидемия (виж Приложение 2).

Медико диагностични дейности

Общият брой на изпълнителите на този вид дейност се увеличава в годините от 639 през 2019 на 688 през 2021, което е свързано с увеличаване на броя на лабораториите, извършващи тестуване за ковид.

Плащанията за дейност се увеличават през наблюдавания период като от 89 млн.лв. през 2019 г., достигат до 123 млн. през 2021, което е основно за сметка на плащанията свързани с тестуване за ковид. Доплащанията извън дейността през 2020 год. Са в рамките на 11%, като през 2021 г. достигат 14%, като най-големи са в област Смолян и Русе през 2020 г. и Русе и Кюстендил през 2021. Най- малки са съответно област Кърджали и Силистра през 2020г. и Кърджали и Ловеч през 2021 г. (виж Приложение 3).

Дентална помощ

Броят на договорните партньори е бил съответно 6329 през 2019, намалява на 5660 през 2020 и се увеличава през 2021 година до 6086. Общо изплатените средства за дейност се движат в рамките на 160 млн. лв. през трите наблюдавани години, като съответно доплащанията за неблагоприятни условия на работа през 2020 година са в размер на 51 млн. лева (24%- от общите плащания), а през 2021 г. доплащанията достигат 60 млн.лв. – 27% от общите плащания. Най-голям процент доплащания има в областите Бургас, Кърджали и Видин и през двете година. Средния годишен размер на доплащанията достига до 9048 лева на договорен партньор през 2020 и 9979 лева през 2021 г. (виж Приложение 4).

ИЗВОДИ

- Епидемичната обстановка и здравната криза оказаха огромно влияние върху нормалната дейност на лечебните заведения, свързано с намаляване на обичайната им дейност по предоставяне на здравни услуги на населението.

- Вземаните нормативни и политически решения пренасочиха голям ресурс за заплащане на извънредни средства за запазване на стабилността на системата, както и за осигуряване на плащания за работа при риск.

- Най-голям дял на допълнителните плащания извън обичайната дейност се наблюдава при лекарите по дентална медицина, което може да бъде обяснено с оттеглянето на пациентите поради страх от заразяване от една страна и съответно намаляване на обслужването (затваряне в определени периоди на кабинетите от друга страна.

- Различните потоци на финансови средства – за доплащания, свързани с намаляване на дейността, плащания за работа при риск (на първа линия и други – чл.5 от ЗБНЗОК) доведоха до дестабилизиране на здравно-осигурителния модел, което ще има дългосрочно отражение в бъдещ период.

- Допълнителните плащания за персонала повишиха в определена степен доходите на работещите в системата, което ще окаже влияние при бъдещите договаряния, поради факта че няма да бъде възможно те да се намалят, а необходимите средства за това ще трябва да се осигуряват по други механизми.

ИЗТОЧНИЦИ

Справка за взети решения от Надзорния съвет на НЗОК през 2020 г. [Spravka za vzeti reshenia ot Nadzornia savet na NZOK prez 2020]

Вътрешни финансови документи на НЗОК [Vatreshni finansovi dokumenti na NZOK]

Договори за изменение и допълнение на Национален рамков договор 2020-2022 [Dogovori za izmenenie i dopalnenie na Natsionalen ramkov dogovor 2020-2022]

Национална здравно-осигурителна каса [National Health Insurance Fund] - <https://www.nhif.bg/>

Our World in DATA - <https://ourworldindata.org/>

Приложение 1. Първична медицинска помощ - заплатени средства - 2019, 2020, 2021

Справка за заплатените средства на изпълнителите на ПМП през 2019 г., 2020 г. и 2021 г.

№ на РЗОК	Наименование на РЗОК	2019		Брой изпълнители отчели дейност през годината	2020						Брой отчели дейност през годината	2021			Плащания по ПМС		
		Брой изпълнители отчели дейност през годината	Общо изплатени средства		Здравноосигурителни плащания за ПМП			Заплатени средства по Методика				Здравноосигурителни плащания за ПМП	заплатени средства по Методика до 85% от Базисната месечна стойност (БМС) за 2021	Здравноосигурителни плащания за поставяне на ваксини срещу COVID-19 за здравноосигурени лица	Плащания с трансфери от МВ по т.6а и т.6аа от Методиката	Плащания с трансфери от МВ за поставяне на ваксини срещу COVID-19	
					Общо здравноосигурителни плащания за ПМП (7+8)	заплатени средства за дейност	заплатени средства по Методика (9+10+11)	Суми по Методика до 85% от Базисната месечна стойност (БМС) за 2020 г.)	Суми по т.6а за лекар, за период на дейност м.ноември-м.декември 2020 г. (1 000 лв.)	Суми по т.6аа от Методиката за нает специалист по „Здравни грижи“ за периода на дейност м.ноември-м.декември 2020							Общо здравноосигурителни плащания за ПМП (14+15)
1	ОБЩО	3 608	226 436 547	3 538	277 629 530	255 451 451	22 178 078	10 958 278	9 121 000	2 098 800	3 685	283 221 613	272 691 409	10 530 204	3 268 710	55 553 245	8 860 440
1	Благоевград	153	10 262 232	151	12 739 710	11 920 088	819 623	347 943	368 000	103 680	156	12 385 122	12 147 218	237 904	130 340	2 357 102	370 080
2	Бургас	193	12 581 356	189	15 053 972	13 819 118	1 234 853	636 173	477 000	121 680	187	16 451 566	15 885 400	566 165	189 160	2 963 354	519 170
3	Варна	264	14 157 594	261	17 234 750	15 673 006	1 561 743	829 303	632 000	100 440	272	18 897 697	18 120 222	777 475	209 820	3 671 426	568 620
4	В.Търново	110	8 540 370	109	11 005 339	9 978 825	1 026 514	611 274	322 000	93 240	120	10 580 804	9 787 249	793 556	140 560	2 026 328	397 880
5	Видин	53	3 168 682	52	3 957 396	3 684 572	272 823	118 423	122 000	32 400	57	3 708 226	3 600 352	107 874	28 690	768 006	79 830
6	Враца	94	5 933 448	90	7 366 682	6 836 610	530 072	257 832	206 000	66 240	90	7 009 993	6 727 890	282 103	75 080	1 358 802	155 550
7	Габрово	66	3 552 640	64	4 185 511	3 848 265	337 246	127 566	160 000	49 680	63	4 221 896	4 111 894	110 002	61 560	1 037 848	145 930
8	Добрич	96	5 524 226	94	7 026 583	6 536 285	490 298	218 538	230 000	41 760	101	6 366 000	6 200 120	165 880	94 870	1 349 202	223 430
9	Кърджали	50	4 414 337	47	5 533 616	5 174 768	358 848	191 088	108 000	59 760	51	5 440 795	5 232 690	208 105	81 030	837 738	195 850
10	Кюстендил	68	4 063 849	66	5 016 762	4 610 431	406 332	199 532	178 000	28 800	73	4 762 388	4 581 084	181 304	34 270	1 004 184	142 020
11	Ловеч	74	4 245 097	71	5 364 757	4 942 309	422 447	215 727	170 000	36 720	72	5 025 111	4 811 053	214 058	85 630	1 023 406	228 300
12	Монтана	58	4 788 965	58	5 959 670	5 523 060	436 610	209 690	183 000	43 920	59	5 560 438	5 374 861	185 578	36 630	1 062 562	99 490
13	Пазарджик	124	8 750 304	123	10 920 075	10 055 329	864 747	478 787	328 000	57 960	133	11 146 016	10 749 878	396 138	112 990	1 908 098	356 010
14	Перник	70	4 038 320	69	5 083 630	4 638 959	444 670	243 150	172 000	29 520	74	4 927 595	4 657 825	269 771	46 240	990 224	137 340
15	Плевен	190	8 390 019	185	10 657 409	9 819 093	838 315	351 915	400 000	86 400	191	10 110 497	9 740 116	370 381	155 590	2 417 810	412 380
16	Пловдив	375	23 709 831	370	27 875 036	25 736 890	2 138 146	921 106	996 000	221 040	378	30 828 878	30 053 289	775 589	301 880	5 989 424	831 700
17	Разград	46	4 041 575	47	5 086 167	4 617 024	469 143	300 903	120 000	48 240	46	4 883 430	4 642 709	240 720	80 240	836 162	200 590
18	Русе	94	7 461 268	90	9 590 493	8 490 973	1 099 521	770 841	252 000	76 680	91	9 259 095	8 324 927	934 168	115 670	1 590 604	283 700
19	Силистра	53	3 151 672	52	3 935 939	3 690 116	245 823	99 223	107 000	39 600	50	3 810 792	3 697 516	113 276	53 460	734 114	103 190
20	Сливен	86	5 921 631	84	7 126 479	6 598 544	527 936	251 056	220 000	56 880	89	7 044 666	6 829 456	215 210	101 890	1 377 176	283 250
21	Смолян	65	3 795 100	65	4 743 821	4 415 065	328 756	150 676	132 000	46 080	64	4 616 011	4 427 288	188 723	45 870	895 056	159 870
22	София град	628	38 172 250	616	45 564 236	41 891 416	3 672 821	1 673 021	1 737 000	262 800	654	49 413 737	47 994 413	1 419 323	544 870	9 923 934	1 523 610
23	София област	116	7 316 744	114	9 326 610	8 637 369	689 240	324 120	296 000	69 120	121	9 129 652	8 857 856	271 796	134 890	1 807 766	298 060
24	Стара Загора	207	9 911 805	202	11 987 233	11 105 241	881 992	349 072	453 000	79 920	208	12 553 060	12 162 825	390 235	104 450	2 726 560	276 030
25	Търговище	30	4 029 762	30	5 148 824	4 416 610	732 214	550 214	128 000	54 000	38	4 848 447	4 191 957	656 490	56 080	920 920	150 210
26	Хасково	94	6 829 880	92	8 021 277	7 508 555	512 721	191 161	251 000	70 560	97	8 619 512	8 474 135	145 378	109 510	1 495 525	316 570
27	Шумен	86	5 406 117	84	6 774 390	6 335 579	438 812	166 412	204 000	68 400	86	6 527 594	6 363 236	164 358	70 120	1 327 660	238 870
28	Ямбол	67	4 277 472	65	5 343 165	4 947 351	395 813	173 533	169 000	53 280	66	5 092 594	4 943 950	148 644	67 320	1 152 254	162 910

Приложение 2. Специализирана извънболнична медицинска помощ – заплатени средства - 2019, 2020, 2021

Справка за заплатените средства на изпълнителите на СИМП през 2019 г., 2020 г. и 2021 г.

№ на РЗОК	Наименование на РЗОК	2019		2020						2021							
		Брой изпълнители отчели дейност през годината	Общо изплатени средства	Брой изпълнители отчели дейност през годината	Здравноосигурителни плащания за СИМП			Заплатени средства по Методика			Брой изпълнители отчели дейност през годината	Здравноосигурителни плащания за СИМП			Здравноосигурителни плащания за поставяне на ваксини срещу COVID-19 за здравноосигурителни лица	Плащания по ПМС	
					Общо здравноосигурителни плащания за СИМП (7+8)	заплатени средства за дейност	заплатени средства по Методика (9+10)	Суми по Методика до 85% от Базисната месечна стойност (БМС) за 2020 г.	Специализирана извънболнична медицинска помощ (30 000 лв.)	Общо здравноосигурителни плащания за СИМП (13+14)		заплатени средства за дейност	заплатени средства по Методика (до 85% от базовата стойност)	Плащания с трансфери от МЗ по т.8б от Методиката		Плащания с трансфери от МЗ за поставени ваксини срещу COVID-19	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
	ОБЩО	3 256	250 223 047	3 224	277 999 587	246 755 585	31 244 001	29 654 001	1 590 000	3 270	306 511 431	277 073 355	29 438 077	2 526 020	17 687 903	4 625 930	
1	Благоевград	205	11 993 863	201	13 606 306	11 895 026	1 711 281	1 711 281	0	207	14 545 649	12 771 824	1 773 825	61 970	200 387	152 550	
2	Бургас	191	13 688 808	185	15 191 407	13 559 423	1 631 984	1 601 984	30 000	188	17 990 941	16 135 928	1 855 012	201 450	532 500	476 980	
3	Варна	185	18 026 701	184	19 839 361	18 145 410	1 693 951	1 663 951	30 000	187	22 780 098	21 581 233	1 198 865	266 920	1 425 683	534 820	
4	В.Търново	127	9 702 902	127	10 327 625	9 363 817	963 808	963 808	0	128	11 281 151	10 200 873	1 080 277	4 220	68 000	15 450	
5	Видин	60	3 848 988	56	4 442 781	3 795 650	647 131	647 131	0	56	4 494 943	3 818 337	676 606	8 310	0	28 960	
6	Враца	118	6 186 410	115	7 091 813	6 286 805	805 008	745 008	60 000	112	7 518 486	6 721 204	797 282	43 110	813 000	97 680	
7	Габрово	46	4 689 556	47	5 347 731	4 836 763	510 969	450 969	60 000	45	5 883 836	5 455 215	428 621	50 200	750 984	171 930	
8	Добрич	71	5 534 817	70	6 299 808	5 715 899	583 909	583 909	0	68	6 037 069	5 457 832	579 238	65 480	1 014 000	186 870	
9	Кърджали	54	3 840 130	55	4 402 695	3 853 953	548 742	548 742	0	57	4 506 039	3 973 858	532 181	5 850	109 354	0	
10	Кюстендил	60	3 968 837	60	4 685 369	4 128 625	556 744	556 744	0	63	5 144 134	4 558 467	585 667	31 020	210 000	26 180	
11	Ловеч	108	4 181 680	106	4 726 766	4 339 434	387 332	387 332	0	105	4 825 050	4 337 477	487 573	34 490	417 000	68 440	
12	Монтана	84	5 054 191	83	5 779 721	5 171 489	608 232	548 232	60 000	83	5 827 577	5 217 692	609 885	5 540	745 000	54 730	
13	Пазарджик	66	8 928 943	69	9 989 481	9 068 520	920 961	920 961	0	70	10 944 486	9 965 700	978 786	28 990	402 048	30 190	
14	Перник	65	3 927 930	66	4 471 300	4 139 688	331 611	331 611	0	66	4 812 422	4 454 111	358 312	4 560	387 000	103 470	
15	Плевен	98	10 843 491	97	12 493 211	10 969 970	1 523 241	1 343 241	180 000	100	12 961 369	11 589 450	1 371 919	352 510	925 500	16 910	
16	Пловдив	298	25 157 884	301	27 948 433	24 828 482	3 119 950	2 819 950	300 000	316	32 247 638	29 641 720	2 605 918	67 820	2 265 500	747 770	
17	Разград	63	3 678 907	61	4 092 412	3 470 703	621 710	621 710	0	61	4 180 292	3 469 424	710 868	7 810	139 000	0	
18	Русе	116	8 554 566	115	9 933 076	8 705 437	1 227 639	1 167 639	60 000	119	10 262 534	9 031 185	1 231 349	18 560	379 500	139 720	
19	Силистра	59	3 196 851	57	3 424 051	3 049 991	374 060	374 060	0	59	3 639 797	3 162 310	477 487	2 780	0	24 510	
20	Сливен	101	6 855 889	100	7 625 192	6 589 546	1 035 646	915 646	120 000	99	8 014 261	7 023 539	990 721	970 550	567 000	14 680	
21	Смолян	46	3 410 168	44	3 858 982	3 372 865	486 117	486 117	0	45	4 068 541	3 712 305	356 237	1 390	44 286	12 040	
22	София град	424	45 936 169	420	49 471 801	42 883 810	6 587 991	6 077 991	510 000	427	57 597 816	52 258 711	5 339 106	71 290	4 065 000	1 235 220	
23	София област	134	7 065 277	129	8 096 519	7 307 661	788 858	758 858	30 000	128	8 554 371	7 817 878	736 493	7 370	524 500	26 050	
24	Стара Загора	164	11 478 813	169	12 530 449	11 294 044	1 236 405	1 206 405	30 000	171	14 214 390	13 018 159	1 196 231	36 930	978 661	218 760	
25	Търговище	73	4 193 086	70	4 454 756	3 899 680	555 077	555 077	0	70	4 574 147	4 079 167	494 979	33 580	30 000	31 860	
26	Хасково	103	7 035 059	104	7 485 406	6 746 054	739 352	739 352	0	106	8 726 137	7 890 908	835 229	5 880	150 000	73 950	
27	Шумен	92	5 426 467	89	6 098 504	5 484 461	614 044	554 044	60 000	90	6 490 759	5 823 809	666 950	70 120	268 500	111 200	
28	Ямбол	45	3 816 664	44	4 284 630	3 852 381	432 249	372 249	60 000	45	4 387 501	3 905 040	482 460	67 320	275 500	25 010	

Приложение 3. Медико диагностични дейности - заплатени средства - 2019, 2020, 2021

Справка за заплатените средства на изпълнителите на МДД през 2019 г., 2020 г. и 2021 г.														
№ на РЗОК	Наименование на РЗОК	2019		Брой изпълнители отчетли дейност през годината	2020			Брой изпълнители отчетли дейност през годината	2021				Плащания по ПМС	
		Брой изпълнители отчетли дейност през годината	Общо изплатени средства		Общо здравноосигурителни плащания за МДД (7+8)	заплатени средства за дейност	заплатени средства по Методика до 85% от Базисната месечна стойност (БМС) за 2020 г.)		Общо здравноосигурителни плащания за МДД (7+8)	заплатени средства за дейност	заплатени средства по Методика (до 85% от базовата стойност)	Здравноосигурителни плащания за поставяне на ваксини срещу COVID-19 за здравноосигурени лица	Плащания с трансфери от МЗ по т.86 от Методика	Плащания с трансфери от МЗ за поставени ваксини срещу COVID 19
1	2	3	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	16	17
	ОБЩО	639	89 724 069	653	108 493 479	96 543 485	11 949 995	688	134 038 063	123 939 129	10 098 934	35 020	8 599 339	58 710
1	Благоевград	28	3 274 949	29	4 431 299	3 996 776	434 522	33	4 744 928	4 384 347	360 581		329 490	0
2	Бургас	36	4 621 991	37	6 026 609	5 310 462	716 147	37	9 299 290	8 754 918	544 372		847 656	0
3	Варна	41	7 085 704	42	8 836 823	7 903 443	933 380	41	9 771 652	9 018 510	753 142		371 357	0
4	В.Търново	28	3 132 051	29	3 459 896	3 130 267	329 630	29	4 394 523	4 188 113	206 410		299 836	0
5	Видин	7	1 056 294	7	1 248 825	1 086 185	162 640	8	1 427 835	1 302 996	124 839		0	0
6	Враца	19	1 619 979	18	1 986 963	1 782 373	204 591	21	2 422 256	2 232 810	189 447		129 512	0
7	Габрово	12	1 385 108	12	1 784 600	1 595 976	188 624	12	1 750 925	1 566 403	184 522		0	0
8	Добрич	12	1 689 163	12	2 028 627	1 803 291	225 336	12	1 999 227	1 801 758	197 469		0	0
9	Кърджали	10	1 307 671	12	1 569 120	1 453 701	115 419	13	1 608 188	1 520 024	88 164		0	0
10	Кюстендил	11	1 050 287	11	1 226 041	1 056 684	169 358	12	1 397 026	1 236 678	160 349		115 652	0
11	Ловеч	9	1 250 277	9	1 433 694	1 324 716	108 978	9	1 342 549	1 263 153	79 396		0	0
12	Монтана	12	1 549 368	12	1 956 815	1 786 170	170 645	13	2 228 331	2 035 509	192 822		124 732	0
13	Пазарджик	14	2 192 073	14	2 553 061	2 271 768	281 292	14	2 727 096	2 454 861	272 235		11 818	0
14	Перник	8	1 362 616	8	1 617 313	1 412 862	204 451	9	1 596 399	1 433 140	163 259		0	0
15	Плевен	29	3 907 222	30	4 655 580	4 106 758	548 821	30	4 877 844	4 336 231	541 613		300 337	0
16	Пловдив	63	9 967 161	63	11 553 068	10 593 313	959 756	75	14 838 608	14 191 035	647 573		871 479	0
17	Разград	12	1 196 898	12	1 518 100	1 335 302	182 797	13	1 467 437	1 222 682	244 755		0	0
18	Русе	19	3 086 712	19	3 920 854	3 378 619	542 235	21	4 806 239	4 099 932	706 307		195 227	0
19	Силистра	9	711 214	9	1 040 235	962 665	77 570	10	1 311 984	1 153 355	158 629		68 416	0
20	Сливен	19	2 088 138	19	2 450 656	2 173 835	276 822	21	2 744 107	2 405 658	338 449		102 304	0
21	Смолян	7	1 189 416	7	1 514 745	1 306 793	207 951	7	1 563 015	1 388 718	174 296		0	0
22	София град	117	23 778 824	119	28 307 708	24 791 730	3 515 977	124	40 881 632	38 344 603	2 537 029	20 470	4 316 855	58 710
23	София област	28	1 396 292	27	1 641 258	1 459 865	181 393	28	1 731 274	1 589 022	142 252		50 789	0
24	Стара Загора	35	3 603 400	36	4 527 934	4 092 711	435 223	34	5 047 764	4 689 568	358 196		165 811	0
25	Търговище	11	1 022 545	12	1 235 379	1 080 192	155 188	12	1 258 395	1 094 304	164 091		0	0
26	Хасково	24	1 952 275	25	2 313 643	2 015 082	298 560	25	2 755 014	2 461 028	293 986		192 668	0
27	Шумен	11	1 713 928	12	1 915 744	1 753 121	162 623	13	2 125 759	1 990 901	134 858	14 550	105 399	0
28	Ямбол	11	1 532 511	11	1 738 889	1 578 826	160 063	12	1 918 764	1 778 871	139 893		0	0

Приложение 4. Дентална помощ – заплатени средства - 2019, 2020, 2021

Справка за заплатените средства на изпълнителите на ДП през 2019 г., 2020 г. и 2021 г.											
№ на РЗОК	Наименование на РЗОК	2019		2020			2021				
		Брой изпълнители отчетли дейност през годината	Общо заплатени средства	Брой изпълнители отчетли дейност през годината	Здравноосигурителни плащания за ДП			Брой изпълнители отчетли дейност през годината	Здравноосигурителни плащания за ДП		
					Общо здравноосигурителни плащания за ДП (7+8)	заплатени средства за дейност	заплатени средства по Методика до 85% от Базисната месечна стойност (БМС) за 2020 г.)		Общо здравноосигурителни плащания за ДП (11+12)	заплатени средства за дейност	заплатени средства по Методика до 85% от Базисната месечна стойност (БМС) за 2020 г.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	ОБЩО	6 329	164 573 115	5 660	210 979 256	159 768 825	51 210 431	6 086	222 847 158	162 117 322	60 729 836
1	Благоевград	288	10 947 944	288	13 888 518	11 274 802	2 613 716	284	13 792 107	10 806 848	2 985 260
2	Бургас	287	7 536 675	261	9 867 236	7 151 445	2 715 791	281	10 782 036	7 533 911	3 248 125
3	Варна	423	9 858 811	382	13 334 436	10 364 796	2 969 640	426	14 718 239	11 209 692	3 508 547
4	В.Търново	196	5 657 508	172	6 811 895	5 094 605	1 717 290	178	7 598 545	5 597 243	2 001 302
5	Видин	98	2 528 218	90	3 108 166	2 283 134	825 032	90	2 957 956	1 915 082	1 042 873
6	Враца	118	3 355 203	101	4 527 968	3 537 951	990 018	105	4 318 961	3 296 654	1 022 307
7	Габрово	94	2 353 667	84	2 797 185	2 125 674	671 511	86	2 897 652	2 108 723	788 909
8	Добрич	113	2 576 391	101	3 415 876	2 569 307	846 569	104	3 625 678	2 604 847	1 020 830
9	Кърджали	119	3 897 055	123	5 275 079	3 788 730	1 486 349	135	5 035 971	3 281 265	1 754 706
10	Кюстендил	103	2 930 051	101	3 666 373	2 848 175	818 199	105	3 585 934	2 584 585	1 001 349
11	Ловеч	99	3 259 790	94	4 172 275	3 215 888	956 387	101	3 988 154	2 847 131	1 141 023
12	Монтана	80	2 266 277	76	2 927 100	2 182 640	744 459	78	2 735 400	1 858 880	876 520
13	Пазарджик	214	6 589 938	203	8 300 856	6 218 372	2 082 483	219	9 029 764	6 329 966	2 699 798
14	Перник	136	3 079 074	89	4 074 762	3 046 621	1 028 140	91	3 969 416	2 918 408	1 051 008
15	Плевен	161	4 622 665	146	6 098 700	4 445 880	1 652 820	153	5 989 781	4 171 940	1 817 841
16	Пловдив	886	22 134 061	795	27 944 651	20 903 135	7 041 516	875	31 741 200	23 326 911	8 414 288
17	Разград	67	2 006 208	61	2 678 869	1 996 611	682 258	62	2 682 621	1 836 518	846 103
18	Русе	162	4 520 449	131	5 993 457	4 715 021	1 278 436	141	5 820 970	4 222 590	1 598 380
19	Силистра	63	1 922 415	65	2 720 424	2 173 754	546 670	73	2 654 733	1 847 810	806 923
20	Сливен	128	3 603 798	115	4 570 019	3 423 081	1 146 938	118	4 441 921	3 133 614	1 308 307
21	Смолян	114	3 325 576	107	4 600 046	3 544 060	1 055 985	115	4 534 203	3 321 088	1 213 115
22	София град	1511	31 882 911	1287	40 906 602	30 420 468	10 486 134	1415	45 052 068	32 944 948	12 107 120
23	София област	129	4 089 361	117	5 216 817	4 081 319	1 135 498	126	5 203 144	3 815 682	1 387 462
24	Стара Загора	282	6 820 963	261	8 260 394	6 309 572	1 950 822	276	9 014 895	6 670 984	2 343 911
25	Търговище	64	1 995 605	58	2 488 572	1 959 539	529 033	65	2 495 781	1 864 980	630 802
26	Хасково	193	5 287 931	177	6 318 372	4 778 383	1 539 989	194	7 062 993	5 077 829	1 985 164
27	Шумен	113	3 412 978	100	4 301 514	3 245 854	1 055 660	106	4 540 382	3 184 447	1 355 935
28	Ямбол	88	2 111 592	80	2 713 096	2 070 007	643 088	84	2 576 674	1 804 746	771 928

HOW TRUST IN GOVERNMENT INFLUENCES VACCINATION ATTITUDES?

Krasimira Valcheva¹, University of National and World Economy

Abstract

In times of crisis national governments and institutions are responsible to protect their citizens and implement comprehensive strategies to effectively lower the negative consequences. If they have a previously established relations based on mutual trust this would result in higher levels of support and confidence in their actions. The calls for united front against the threats would receive wider positive response and people would be more willing to make sacrifices for the common good. The unprecedented COVID-19 pandemic put this relation to a stress test. In countries like Bulgaria, where trust in government was undermined years prior to the crisis, the results were rather negative. The mortality rate is the highest in the European Union, and the vaccination rate is the lowest. How trust in the national government and its institutions might have influenced the peoples' choice to willingly and consciously comply with the adopted measures in Bulgaria is the main question in the present article.

Key words: government, institutions, trust, vaccination, COVID-19.

INTRODUCTION

The emergence and further uncontrolled spread of COVID-19 pandemic dramatically changed the world. The health and socio-economic impact of the disease were rather unexpected and severe. At present - two years later, people and governments all over the globe are still struggling to overcome the consequences. Despite the fast development of vaccines, significant part of the population remains vulnerable either because of limited access or because people hesitate or choose not to trust them. While the first reason is explainable, the second is alarming. In turbulent times national governments are those who are expected to lead the society through the critical situations by implementing sound crisis management strategies. If these crises are health-related, they might also include promotion of vaccination. The trust of the citizens in their national government and responsible institutions is a key prerequisite for the emergency policies and measures to take effect and be successful. If trust exists we could expect a wider support for the crisis actions and a positive response to the call for vaccination. If it does not exist or is undermined, people would be more unwilling to comply and more susceptible to hesitation and denial. In 2019, prior to the COVID-19 pandemic, the World Health Organization listed vaccination hesitancy as one of the top 10 global

¹ Krasimira Valcheva has a bachelor's and master's degree from Sofia University "St. Kliment Ohridski" in the specialties "Sociology" and "Labor Markets and Human Resource Management". In 2015 she completed a second master's program in Healthcare Management at the University of National and World Economy. In 2019, after successfully defending her PhD thesis, she joined the Department of Public Administration at UNWE. She has a prior professional experience in the field of pharmaceutical production and trade, insurance and IT. E-mail: kvalcheva@unwe.bg, Orcid Id: 0000-0002-5353-4191

health threats (WHO, 2019). Ever since the vaccination process started in the European Union, Bulgaria significantly falls behind the other member states. The main purpose of the following analysis is to reveal if the Bulgarian citizens' hesitancy and reluctance to vaccinate might come partly as a result of their prior distrust in the state capabilities to secure their welfare.

1. WHY TRUST IN GOVERNMENT AND INSTITUTIONS IS IMPORTANT?

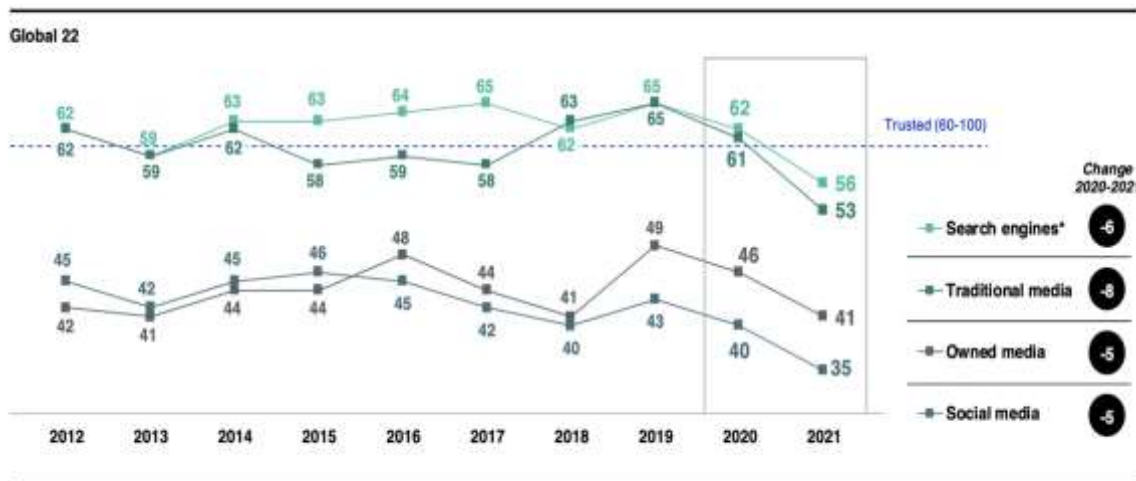
A comprehensive understanding of the importance of trust in government and in institutions is provided by The United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA, 2021) and the Organization for economic co-operation and development (OECD, 2013). They recognize it as a key foundation of any society and an essential prerequisite for political systems to be legitimate and sustainable. A high level of trust in government might increase the efficiency and effectiveness of its actions and could also improve compliance with rules and regulations. Since they are never perfect their effectiveness depends on the extent to which people see them as fair and legitimate enough to outweigh the benefits of non-compliance. For example, the adherence to the rule of law is regarded as a key driver of trust in government. Core levels of trust are necessary for the fair and effective functioning of government institutions and could influence the individual behaviour in ways that could support desired policy outcomes such as voluntary participation in vaccination campaigns. There are many complex and interrelated factors such as economic, social and environmental issues that affect trust in institutions. Despite it largely depends on national specifics, in countries where declines in public trust have been most distinct in recent years, evidence indicate that two interrelated factors have significantly contributed – economic insecurity and perceptions of poor or corrupt government performance.

UN and OECD also recognize the critical importance of trust in government in time of crisis. If there is distrust this might lead to less willingness of citizens and business to obey the law and to make sacrifices during the critical situation. This might result in raised costs for government and negatively affect its efficiency. Public trust is necessary to effectively address major health crisis. Evidence from previous health-related emergencies like SARS, H1N1 and Ebola revealed that high public trust was crucial determinant for successful responses. The present experience with COVID-19 also shows that higher levels of confidence in national public institutions is associated with lower national COVID-19 mortality rates.

The importance of trust in government and institutions is key element especially in time of crises. People are more willing to comply with emergency measure in societies with higher levels of trust. The timely measures are vital but what happens when the critical situation constantly evolves? Citizens' patience and understanding begin to deplete and so does their trust in the responsible authorities. OECD (2021) reports that despite the initial "rally around the flag" effect seen early in the COVID-19 pandemic, many countries at present observe increasing levels of distrust in government capacity to handle the crisis and implement coherent policies. The World bank (Pradham, 2021) also points out that while in May 2020, trust in governments increased for a brief period since people recognized them as leaders in the fight against COVID-19, it later sharply fell.

Francis Fukuyama, a renowned contemporary philosopher and sociologist, also discussed the topic of pandemic and the political order few months after the crisis emerged (Fukuyama, 2021). He argues that the factors responsible for successful pandemic responses are state capacity, social trust, and leadership. Countries who had all three - a competent state apparatus, a government that citizens trust and listen to, and effective leaders, have performed impressively, and limited the damages. Countries with dysfunctional governments, polarized societies, or poor leadership have done badly, leaving their citizens and economies exposed and vulnerable. Fukuyama says that “fractured media environment caused by the Internet and social media” also rendered negative impact as it provides “rich material for populist demagogues to exploit.” In support of the latter, in 2021 as per the Edelman trust barometer global report, trust in all information sources reached record low levels (Edelman, 2021) as shown below:

Figure 1: Trust in each source for general news and information (%)



Source: Edelman, 2021

At regional level a survey conducted by Eurofound in March 2021 revealed that citizens in 26 of the 27 EU countries had less faith in their national governments than when COVID-19 lockdowns began in March 2020. People in Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Cyprus, Greece and Poland registered much lower support for their governments than a year ago (Emmott, 2021), which might come as result of perceived poor government performance. We could expect that crisis might negatively affect the trust in national governments but at the same time the prier existence of trust is perceived as one of the key factors that contribute to effective and successful actions in times of crisis.

2. DO TRUST IN GOVERNMENT AFFECTS VACCINATION ATTITUDES?

The link between trust in national governments and institutions and the vaccine hesitation has already attracted the attention of researchers and renowned international organizations long before the COVID-19 pandemic. The literature review reveals interesting findings that are summarized below and will serve as a basis for the upcoming analysis.

Verhoest et al. (n.d.) provide extensive review on researches that confirm the positive relation between trust in government and vaccine uptake. They also point that general (dis)trust in government is extended to (dis)trust in vaccines. During a health crisis government develop and implement crisis management strategies, whose success strongly depends on public compliance with the measures, incl. vaccination. Stopping the spread of the virus and allowing societies to return to normal would only be possible if the population is sufficiently immunized and herd immunity is achieved. However, high pressure to develop and apply a new vaccine as quickly as possible create a context of uncertainty in which trustworthiness of government and of (scientific) expertise are particularly important. Presented are also examples from previous health crises such as the 2009 H1N1 pandemic. A study in Netherlands evinced that higher levels of trust in government associates with a higher intention to adopt protective measures and a higher intention to accept vaccination. Trust is therefore viewed as is an important determinant of the public's acceptance of the government's health crisis strategy, including vaccination. It could be analyses in several dimension as the first is trust in government (and health care professionals/experts) in general. The second encompasses the crisis-related trust in government to control the spread of the virus/to handle the crisis in a good way, while the third refers to trust in information sources: government, hospitals, medical experts, NGOs and media.

Few months after the COVID-19 pandemic emerged, Trent et al. (2021) conducted an online survey among adult population in five large cities - Sydney, Melbourne, London, New York City, and Phoenix. They were chosen due to their varying COVID-19 incidence both at the time of the survey and prior. The cities also differed in terms of trust and confidence in national government. The results revealed that lack of trust and confidence in government authorities increases the likelihood of vaccine hesitancy and refusal. In Sydney and Melbourne, higher trust and confidence in government were associated with greater likelihood of willingness to receive the vaccine. However, in NYC and Phoenix, where trust and confidence in government were relatively low overall, individuals with higher trust were less likely to be vaccinated. This result however is explained with local specifics in crisis response - in the US routine public health measures such as masks and vaccines have been politicised.

In Denmark Yousuf et al. (2021) analysed the perspectives toward governmental trust, vaccination, myths, and knowledge about vaccines and COVID-19. The survey was distributed in December 2020 through the largest Dutch national newspaper *De Telegraaf*. A total of 24 722 participants completed a digital survey including demographic information, governmental trust on COVID-19 vaccination, vaccine hesitancy, and myths and knowledge about vaccines and COVID-19. The findings suggest substantial societal polarization surrounding vaccination, based predominantly on governmental distrust and belief in misinformation. Despite the limitations of the study, the data clearly reveal the polarized views on governmental trust, trust in science, and the level of social responsibility between vaccination-hesitant respondents and provaccination respondents.

In December 2020 Jennings et al. (2021) conducted a similar survey in the United Kingdom, researching the connection between trust and vaccine hesitancy along with belief in conspiracy theories, and spread of misinformation through social media. They authors point out that trust is a

core predictor, with distrust in vaccines in general and mistrust in government raising vaccine hesitancy. Trust in health institutions and experts and perceived personal threat are vital and since an increasing number of individuals use social media for gathering health information, interventions require customised actions from governments, health officials, and social media. And where there is lack of trust in government, politics, and elites misinformation thrives. The research findings offer further support to the evidence that trust and conspiracy beliefs predict vaccine hesitancy, both generally and for COVID-19 specifically. The perceived personal threat of COVID-19 and confidence in government handling of the pandemic are associated with greater willingness to be vaccinated. Also

A more recent study published by Park et al. (2021) aimed to assess the correlation between political ideologies, government trust, and COVID-19 vaccine hesitancy in South Korea. The study analyses the correlation between people's hesitancy to receive a hypothetical COVID-19 vaccine, their self-described political views, and their trust in government. The research team aimed to verify two hypotheses: (1) conservative political ideology would be related to high vaccine hesitancy and (2) low levels of government trust would be associated with high vaccine hesitancy. The results reveal that people's trust in the government's countermeasures was associated with vaccination. Self-rated political ideologies and government trust was associated with COVID-19 vaccine hesitancy. The lower people's trust in the government was, the higher their rate of vaccine hesitancy.

Artyom Jelnov and Pavel Jelnov (2021) also studied the relationship between trust and vaccination. They theoretically show that vaccination rates are higher in countries with more transparent and accountable governments. The authors found that "*countries perceived as less corrupt and more liberal experience higher vaccination rates*". They established, both theoretically and empirically, that the level of corruption, vaccination policy, and vaccination rate are related. If the government is less corrupt, it is more likely to rely on recommendations rather than adopt a compulsory vaccination policy and will observe higher vaccination rates.

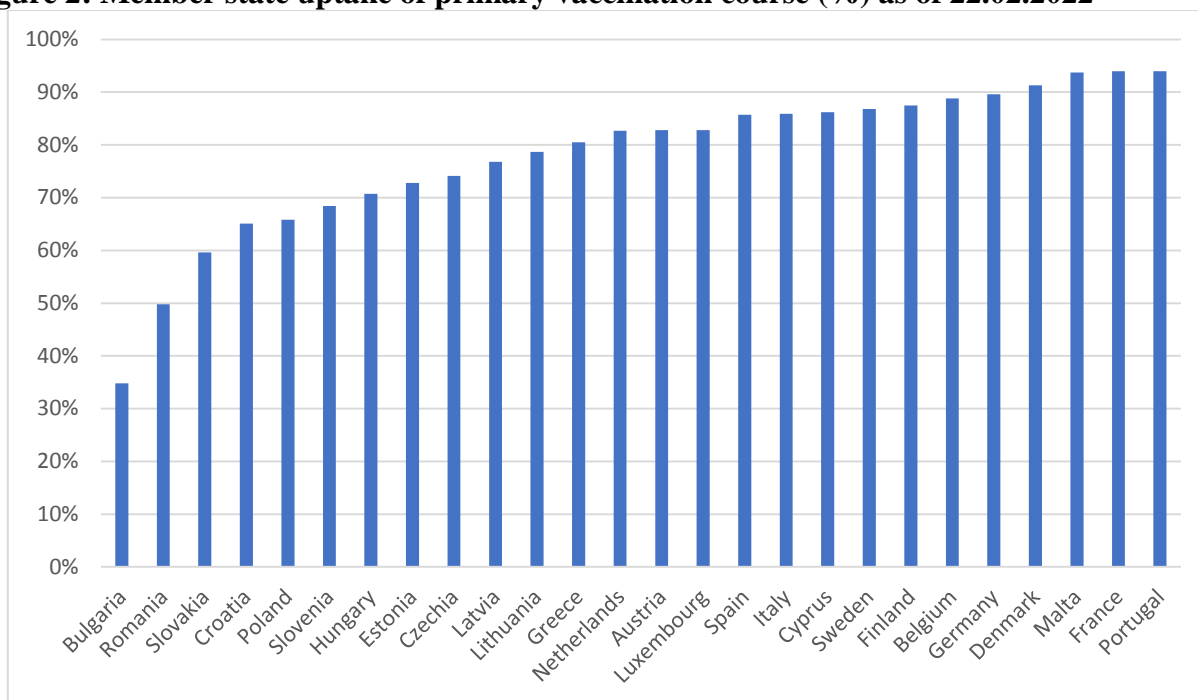
The above researches empirically proved that there is a certain proportional relationship between higher levels of trust in government and institutions and the positive attitude towards vaccination. They also reveal that trust has many dimensions and it could be challenging and difficult to measure using just one question – Do you trust your national government? Trust is influenced by many factors that may directly or circumstantially result in increasing or undermining it. They play a key role in the establishing confidence in the government actions and further contribute to its evolution.

3. IS GOVERNMENT DISTRUST A PREREQUISITE FOR VACCINATION HESITANCY IN BULGARIA?

Trust in government is multidimensional and rather complex to be measured. Its correlation with vaccination attitudes is already confirmed and various factors contribute to it - trust in different institutions, rule of law, corruption, government effectiveness, etc. Each one of them influence and shape the opinion of the people and if a national government has a history of failures it should not be surprising that citizens would not trust its policies and efforts in time of crisis.

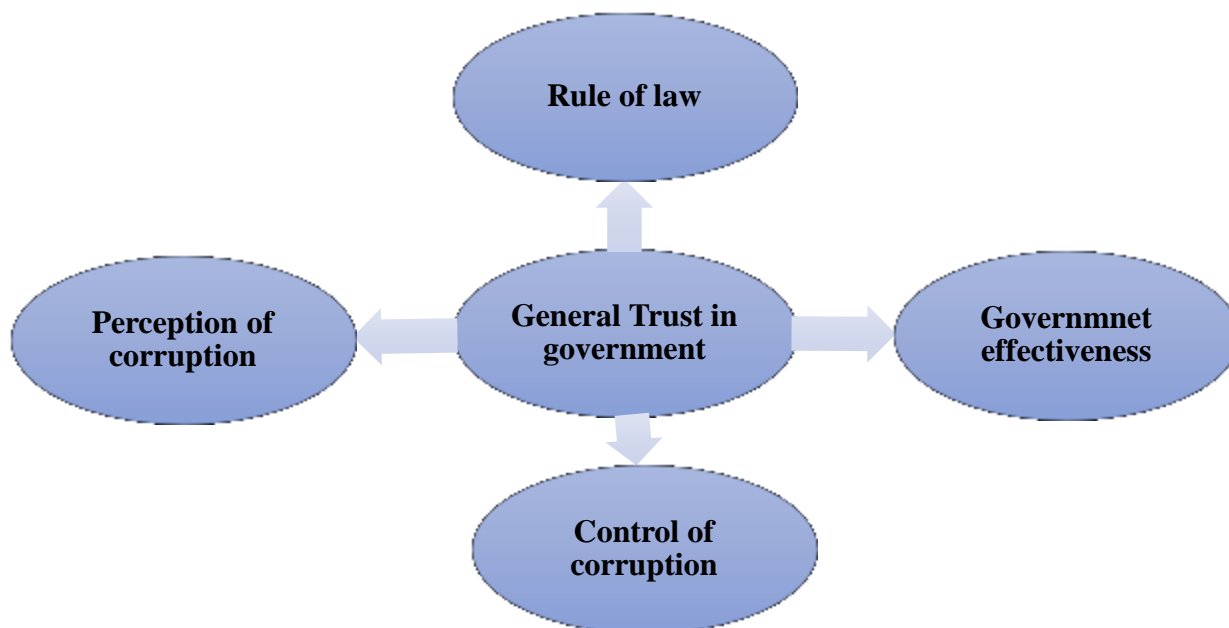
In the end of august 2021 the EU announced that the goal of 70% fully vaccinated adults is achieved (European Commission, 2021). There were differences between the countries but one member state permanently stands out – Bulgaria. At present only 35 % of its population is fully vaccinated (Figure 2). The contrast with the other countries is outstanding and the main purpose of the present analysis is to find out if the pre-pandemic levels of trust in local government and its institutions might have influenced such poor result in time of crises.

Figure 2: Member state uptake of primary vaccination course (%) as of 22.02.2022



Source: ECDC, 2022

The research is based on some of the outlined factors associated with trust in government and institutions. Part of their dimensions are captured in three indexes developed by the World bank and one by Transparency international (Figure 3). Their scores are retrieved from the database GlobalEconomy.com that provide comparable data for each member state as well as median for the region. Three of the indexes are measured in the interval between -2,5 (weak) till +2,5 (strong). Only Perception of corruption is measured differently as the score of 100 indicates that people believe there is no corruption in their country. Definitions of each index are available on the website of the database and capture different perceptions of the respondents related to public institutions, authorities, policies and corruption (TheGlobalEconomy.com, 2022).

Figure 3: Indexes used to measure government performance and trust

Source: adapted from TheGlobalEconomy.com, 2022

Bulgaria has long history of lowest score as per the index Rule of law. Ever since 2009, two years after its accession in the EU, it persistently takes the last place in the ranking. The country also remains the only member state with negative result till end of 2020. The European Commission has made many remarks through the years but despite of the measures taken, there is still much to be done. Since this factor is regarded as a key driver for trust in government, we could infer that it is compromised in Bulgaria long before the pandemic.

With reference to the Government effectiveness the situation is similar (Figure 4). The index captures a wide range of perceptions regarding the quality of public services, of the civil service and the degree of its independence from political pressures, the quality of policy formulation and implementation, and the credibility of the government's commitment to such policies. The Bulgarian citizens see the government's commitments as unsatisfying and despite the upward trend in the pre-pandemic 2019, the crisis led to a rash decline. The efforts of the state to implement and execute sound crisis management policies related to COVID-19 are negatively rated by the citizens. If people perceive them as ineffective, why should they trust in the authorities that implement them?

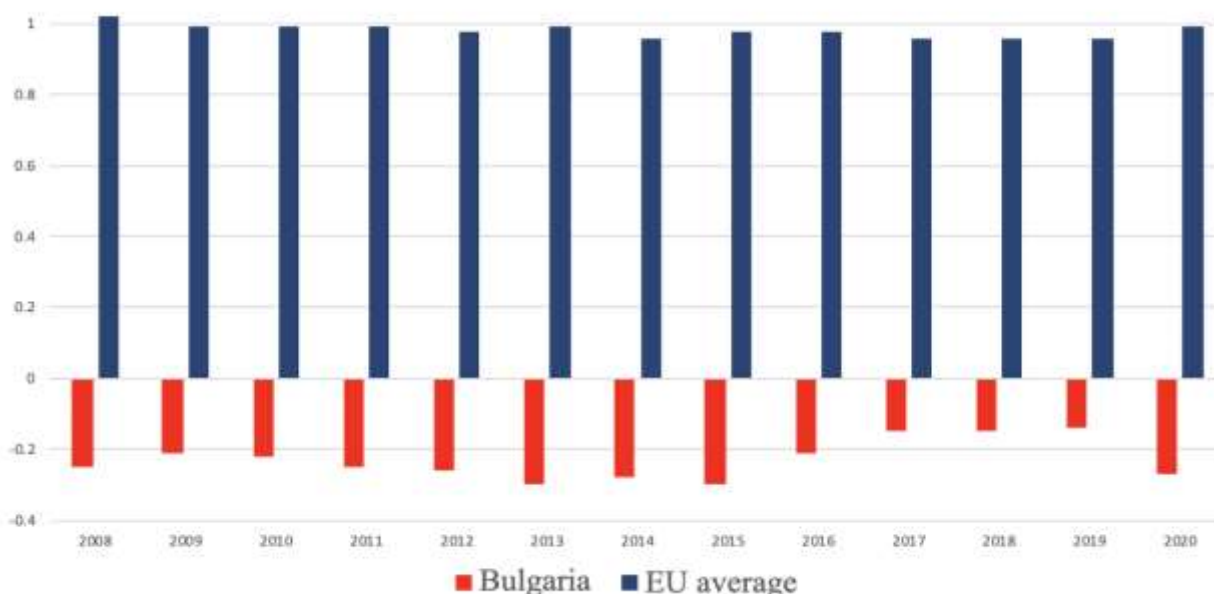
Figure 4: Rule of Law and Government Effectiveness indexes scores



Source: TheGlobalEconomy.com, 2022

Artyom Jelnov and Pavel Jelnov (2021) state that vaccination rates are higher in countries with more transparent and accountable governments. The situation in Bulgaria could be viewed as a confirmation of such statement but in a negative aspect. People clearly believe that public power is exercised for private gain and that the state is captured by elites and private interests. The pandemic only led to an increase in the negative notions and people even more do not trust that government authorities act in their best interest. The national media occasionally show and investigate cases of inappropriate and unlawful action of authorities with reference to the crisis management and thus fuel the people discontent with the public expenses.

Figure 5: Control of Corruption index scores

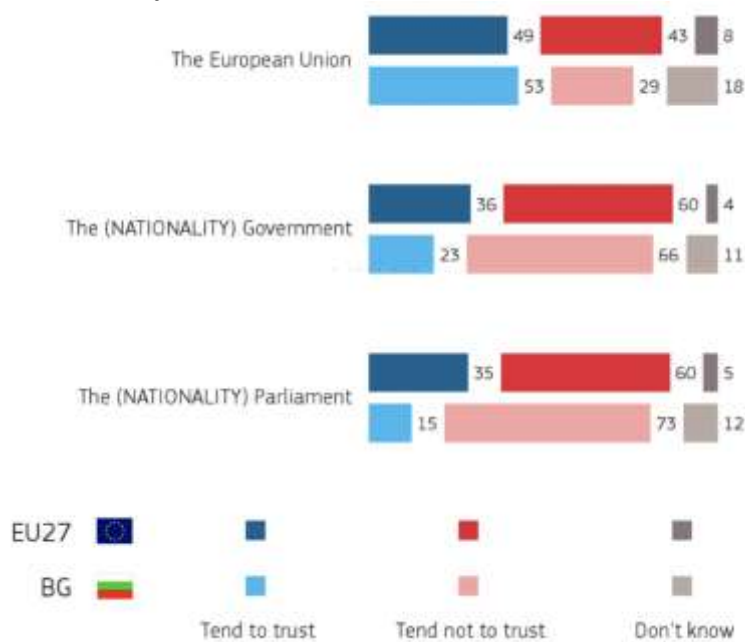


Source: TheGlobalEconomy.com, 2022

The results as per the Corruption perception index are rather close with those for the Control of corruption index. They affirm the opinion of the Bulgarian citizens that the public sector is perceived as corrupt in both administrative and political perspective and that private interests are benefited with public resources.

The presented data reveal that in the prepandemic period from 2008-2019 the Bulgarian government and its performance in key areas are evaluated much lower with comparison to the average values for the EU. Such results could be expected to negatively affect the general trust in government. In support of this assumption come results from a survey, conducted by Gallup International (Stoyanova, 2020). Trust in government is measured from intuitional perspective – people were asked if they trust the two institutions who embody the key functions of state governance. The results show that trust in the national parliament and government were low in prepandemic years and became even lower in the beginning of 2020. At the same time distrust maintains much higher levels from 2017 till 2019– for the parliament over 60 % and for the national government over 50 % with tendency to increase. A more recent data on trust in government during the pandemic is provided by Eurobarometer (2021). The result confirms the above negative trend – distrust in government is almost two times higher that trust during the winder of 2020/2021.

Figure 6: How much trust do you have in certain institutions (%)?

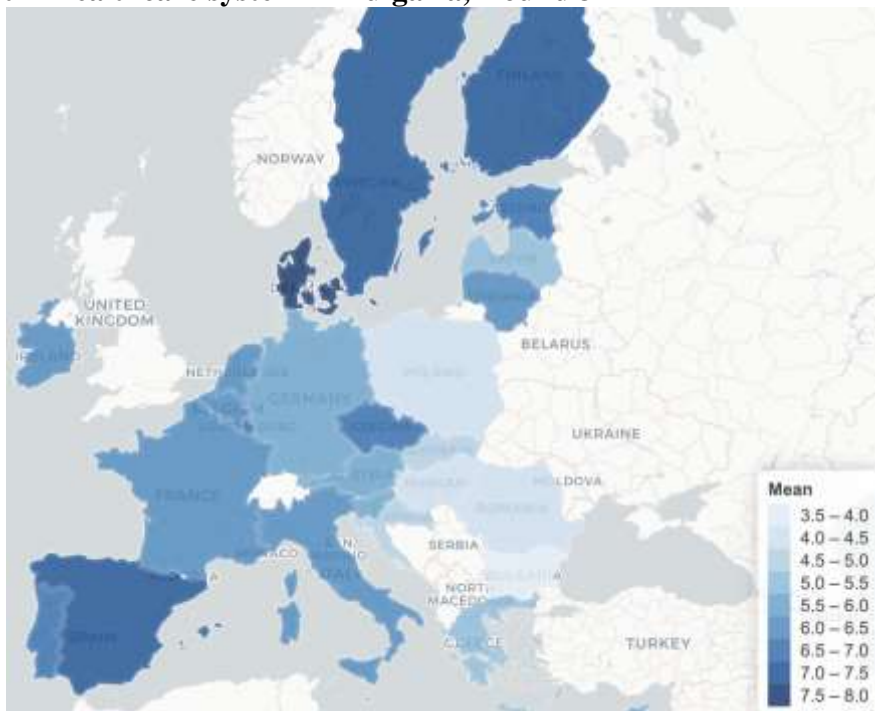


Source: Eurobarometer, 2021

After the pandemic emerged, Eurofound engaged with research on trust in government and institutions in the EU member states. The survey indicator classification is different and more detailed from the once used for the analysis of prepandemic attitudes of the Bulgarians toward its government performance. People were asked how much they personally trust seven particular institutions as well some other questions that do not fall into the focus of the present material. Trust is measured on a scale of 1 to 10, where 1 means that the person does not trust at all, and 10 means that they trust completely (Eurofound, 2020). The institutions that were part of the research are: the

EU, the country's government, the police, the news media, the healthcare system, science and pharmaceutical firms.

Figure 7: Trust in healthcare system in Bulgaria, Round 3



Source: Eurofound, 2020

The results for Bulgaria from round 3 of the survey (15 February–30 March 2021) should not be surprising with reference to already presented data. Bulgarians do not trust either of them, but in comparison to the other member states they have the lowest level of trust in the national healthcare system (Figure 7). Its inefficient functioning is due to many reasons as one of them is the insufficient provision of medical specialists - there are whole regions in the country where people do not have access to quality healthcare service (Ivanova, 2019). As per the rest indicators, the scores place the country in the lowest three ranks. Trust in all seven institutions is eroded and people hesitate or refuse to accept their recommendations and follow their instructions. Thus they become more susceptible to misinformation and look for other options to form an opinion and make decisions whether to vaccinate. The credibility of many of the sources they turn to is often controversial and disputable but as Jennings et al. (2021) state- where there are lower levels of government trust, such sources thrive.

IN CONCLUSION - THE PREDICTED OUTCOME

The analysis reveals that the Bulgarian citizens did not trust their government and institutions long before the COVID-19 pandemic. It actually provided additional reasons to further undermine their trust. Therefore, it should not come as a surprise that so many Bulgarians hesitate or refuse to vaccinate and motivate their choice on the basis of information received outside the official communication channels. Various conspiracy theories found their way to the people before the

vaccination process even started. A research from November 2020 showed that significant number of people believe that a chip would be placed in their bodies with the vaccine and 45 % believe that the coronavirus disease is artificially designed so as the pharmaceutical companies to profit (Trend, 2020). The responsible institutions tried to refute such assumptions but their efforts were rather inconsistent and even exerted opposite effect. Like the Facebook campaign of the Ministry of health under the motto “Informed! Responsible! Vaccinated!”.

Many EU member states faced vigorous protest against the implemented measures and marked fall in trust in their governments but their vaccination rates are much higher than those in Bulgaria. The distrust and tension in the Bulgarian society were significantly impacted also by the political situation in the country in 2021. The instability, combined with the socio-economic problems intensified by the pandemic, led to serious polarization in the public opinion. The lack of confidence in the actions of the officials increased the vaccine hesitancy and made people even more suspicious about the measures taken by the government. Trust takes time to be established and governments should persistently devise their policies in a way to increase it and make it stable thought time. And crisis provide the perfect environment to put it to a test. The low vaccination levels in Bulgaria should have been expected since trust in the government is problematic long before the pandemic. As the OECD pointed out the “success of vaccination campaigns will largely be influenced by the extent to which people trust the effectiveness and safety of the vaccines, the competence and reliability of the institutions that deliver them, and the principles that guide government decisions and actions”(OECD, 2021). The history of unmet expectations of the citizens in Bulgaria especially related to healthcare, made it hard for them to be convinced that the adopted measures and recommendations are in their best interest. Comprehensive actions should be taken on national level and even if they are already late with regards to the ongoing crises, they will significantly matter when the next one comes.

REFERENCES

- ECDC. (2020, February 22). COVID-19 Vaccine tracker. <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>
- Edelman. (2021). Edelman Trust Barometer 2021 – Global report. <https://www.edelman.com/trust/2021-trust-barometer>
- Emmott, R. (2021, May 20). Trust in EU governments falls amid pandemic, steady in EU as a Bloc. Reuters. <https://www.reuters.com/world/europe/trust-eu-governments-falls-amid-pandemic-steady-eu-bloc-2021-05-20/>
- Eurobarometer. (2021). Standard Eurobarometer 94 - Winter 2020-2021. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2355>
- Eurofound. (2020). Living, working and COVID-19 dataset. <http://eurofound.link/covid19data>

- European Commission. (2021, August 31). Coronavirus: 70% of the EU adult population fully vaccinated. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_4362
- Fukuyama, F. (2021, November 15). The pandemic and political order. Foreign Affairs. <https://www.foreignaffairs.com/articles/world/2020-06-09/pandemic-and-political-order>
- Ivanova, Z. (2019). Регионални политики за заетост в сферата на здравеопазване [Regional employment policies in the field of Healthcare]. <https://journals.mu-varna.bg/index.php/hem/article/view/6600>
- Jelnov, P., Jelnov, A. (2021). Vaccination Policy and Trust. DISCUSSION PAPER SERIES IZA DP No. 14947. <https://docs.iza.org/dp14947.pdf>
- Jennings, W., Stoker, G., Bunting, H., Valgarðsson, V. O., Gaskell, J., Devine, D., McKay, L., & Mills, M. C. (2021). Lack of Trust, Conspiracy Beliefs, and Social Media Use Predict COVID-19 Vaccine Hesitancy. *Vaccines*, 9(6), 593. <https://doi.org/10.3390/vaccines9060593>
- OECD.(2013).Trust in government, policy effectiveness and the governance agenda. Government at a Glance 2013, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/gov_glance-2013-6-en.
- OECD. (2021). Enhancing public trust in COVID-19 vaccination: The role of governments. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/enhancing-public-trust-in-covid-19-vaccination-the-role-of-governments-eae0ec5a/#section-d1e174>
- Park, H. K., Ham, J. H., Jang, D. H., Lee, J. Y., & Jang, W. M. (2021). Political Ideologies, Government Trust, and COVID-19 Vaccine Hesitancy in South Korea: A Cross-Sectional
- Stoyanova, P. (2020, February 26). „Галъп“: От началото на 2020 г. доверието в правителството спада с 5 пр. п. [Gallup: Since the beginning of 2020, trust in the government has fallen by 5 percentage points]. Investor.bg. <https://www.investor.bg/ikonomika-i-politika/332/a/galyp-ot-nachaloto-na-2020-g-doverieto-v-pravitelstvoo-spada-s-5-pr-p-299362/>
- Survey. International journal of environmental research and public health, 18(20), 10655. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010655>
- Pradhan, S. (2021, April 02). Tackling the crisis of citizen trust in governance: The World Bank Group imperative. World Bank Blog. <https://blogs.worldbank.org/governance/tackling-crisis-citizen-trust-governance-world-bank-group-imperative>
- Verhoest, K., Op de Beeck, S. & Glavina, M.(n.d.). Trust & Vaccination. Tigre Webinar series “Trust & Regulatory Governance in an Age of Crisis”. <https://www.tigre-project.eu/resources/webinars/presentations/Trust-&-Vaccination-Verhoest-Op-de-Beeck-Glavina-GOVTRUST.pdf>
- TheGlobalEconomy.com (2022). Governance and business environment indicators. <https://www.theglobaleconomy.com/>
- Trend. (2020). Нагласи на българите спрямо конспиративни теории около COVID-19 (ноември 2020) [Attitudes of Bulgarians towards conspiracy theories related to COVID-19 (November 2020)]. <https://rctrend.bg/project/нагласи-на-българите-спрямо-конспира-2/>
- Trent, M., Seale, H., Chughtai, A. A., Salmon, D., & MacIntyre, C. R. (2021). Trust in government, intention to vaccinate and COVID-19 vaccine hesitancy: A comparative survey of five large cities in the United States, United Kingdom, and Australia. *Vaccine*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.06.048>
- UN DESA. (2021). Policy Brief No.108. Trust in public institutions: Trends and implications for economic security. <https://www.un.org/development/desa/dspd/2021/07/trust-public-institutions/>

WHO. (2019). Ten threats to global health in 2019. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

Yousuf, H., van der Linden, S., van Essen, T., Gommers, D., Scherder, E., Narula, J., & Hofstra, L. (2021). Dutch Perspectives Toward Governmental Trust, Vaccination, Myths, and Knowledge About Vaccines and COVID-19. *JAMA Network Open*, 4(12), e2140529–e2140529. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40529>

КАК ДОВЕРИЕТО В ПРАВИТЕЛСТВОТО ВЛИЯЕ НА НАГЛАСИТЕ КЪМ ВАКСИНАЦИЯ?

Красимира Вълчева², УНСС

Резюме

По време на криза националните правителства и институции са ангажирани с дейности по защита на гражданите и с приложението на адекватни стратегии за ефективно намаляване на негативните последици. Ако съществуват предварително изградени отношения между тях, основани на взаимно доверие, това би довело до по-висока подкрепа към предприеманите действия. Призивите за единен фронт срещу заплахите ще получат по-широка подкрепа и гражданите ще бъдат по-склонни да правят жертви за общото благо. Безпрецедентната пандемия от COVID-19 постави тази връзка на стрес тест. В страни като България, където доверието в правителството е подкопано години преди настоящата криза, резултатите са крайно незадоволителни. Смъртността е най-висока в държавите от Европейския съюз, а процентът на ваксинация най-нисък. Основният въпрос, на който ще бъде потърсен отговор в настоящата статия, е как наличието или липсата на доверие в правителство и неговите институции могат да повлияят на избора на гражданите да спазват доброволно и осъзнато предприетите мерки в България.

Ключови думи: правителство, институции, доверие, ваксинация, COVID-19.

² Красимира Вълчева има бакалавърска и магистърска степен в СУ „Св. Климент Охридски“ по специалностите „Социология“ и „Трудови пазари и управление на човешките ресурси“. През 2015 г. завършва втора магистърска програма по специалността „Здравен мениджмънт“ в УНСС. През 2019, след успешна защита на своята докторска степен, се присъединява към преподавателския екип към катедра „Публична администрация“ в УНСС. Има професионален опит в сферата на фармацевтичната индустрия, информационните технологии и застраховането. Имейл: kvalcheva@unwe.bg, Orcid Id: 0000-0002-5353-4191

ВЛИЯНИЕ НА НЕРАВЕНСТВАТА В ПУБЛИЧНОТО ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ В ЕС ВЪРХУ ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19

Боян Игнатов¹, УНСС

Резюме

В статията се изследва връзката между публичното финансиране на здравните системи в ЕС и Великобритания и начина по който те се справят с пандемията от COVID-19. За целта се разглеждат и анализират данни за три последователни периода от 2020 г. насам и същите се оценяват към края на всеки един от тях.

Ключови думи: *неравенства, публични разходи за здравеопазване, COVID-19, пандемия, здравеопазване, финансиране;*

IMPACT OF INEQUALITIES IN PUBLIC FUNDING OF EU HEALTH SYSTEMS ON THE COVID-19 PANDEMIC

Boyan Ignatov², University of National and World Economy

Abstract

This article examines the connection between public funding of health systems in the EU and the UK and how they are coping with the COVID-19 pandemic. For this purpose, data for three consecutive periods since 2020 are reviewed and analyzed and evaluated towards the end of each of them.

Key words: *inequalities, public expenditures on health, COVID-19, pandemic, healthcare, financing;*

ВЪВЕДЕНИЕ

Пандемията от COVID-19 е явление, което предопределя в голяма степен начина ни на живот в последните две години. Започвайки от Китай, то обхвана на практика целия свят и доведе до сериозни изпитания за здравните системи на всички страни. Те бяха изправени пред трудности, свързани с осигуряването на необходимите медицински специалисти, легла, консумативи, медикаменти и протоколи за лечение.

Пандемията от COVID-19 засегна драстично хората, а икономическите и социалните последици от нея отекват в световен мащаб. Тя промени бизнеса, но засегна и националните

¹ Боян Игнатов е доктор по икономика. Защитава дисертация в областта на здравния мениджмънт през 2021 г. в катедра „Публична администрация“ при УНСС. Към момента е мениджър за България на фирма „Медиклим“ ЕООД;

² Boyan Ignatov has a Phd in economics. He defended his dissertation in the field of health management in 2021 at the Department of Public Administration at UNWE. Currently, he is Country manager for Bulgaria at Mediclim EOOD;

икономически системи (Shterev, 2021). В резултат на това не само международната търговия е намалена, но има и промяна в националните и глобалните вериги за създаване на стойност. Значително е влиянието на пандемията от COVID-19 върху раждаемостта и смъртността в световен мащаб. Данните от Европа показват рязък спад в броя раждания до края на 2020 г. (Harper, 2021). В Италия и Испания, например, се наблюдава спад от 20% в месечния брой на ражданията между декември 2019 г. и декември 2020 г., като в последния от тези месеци се отчита най-ниското месечно ниво на раждаемостта в Испания от 1941 г. насам, годината от която се води тази статистика. Франция отбелязва спад от 13,3% в ражданията през януари 2021 г. спрямо декември 2020 г., което е най-големия спад в два последователни месеца от 45 години. Проучване на учени от Университета в Цюрих показва, че през 2020 г. в Швейцария, Швеция и Испания са регистрирани най-високите стойности на смъртни случаи, в следствие на инфекциозна болест, от 1918 г. насам (Staub, 2022).

Справиха ли се всички страни еднакво добре в борбата с COVID-19 ? Има ли връзка между готовността на всяка здравна система и нейното функциониране в условията на пандемия и нивата на публичното ѝ финансиране ? Целта на настоящото изследване е да сравни протичането на пандемията от COVID-19 в страните от Европейския съюз (ЕС) и Великобритания и да се търси връзка с нивата на публичните разходи за здравеопазване в тези страни.

МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Като основен индикатор за оценка на протичането на пандемията от COVID-19 ще бъде използван показателят брой починали, като процент от общият брой заразени във всяка държава. Той ще бъде разгледан и анализиран за три последователни периода от време, съответно към 30.06.2020 г., 31.12.2020 г. и 31.12.2021 г. Целта е да се оцени ситуацията във всяка страна, съответно в краткосрочен (в първите седмици след началото на пандемията), средносрочен (до появата на първите ваксини и тяхното масово прилагане) и дългосрочен (цялата 2021 г. с няколко налични ваксини и протоколи за лечение) план. Този подход ще позволи разглеждането на броя починали, като процент от общия брой заболели от COVID-19 и в динамика, което ще добави информация, която да ни покаже адекватността на съответната здравната система за адаптация към новите условия на функциониране. След това ще се съпоставят нивата на публично финансиране в отделните държави с цел да се изведат определени зависимости между тях и функционирането на съответната здравна система.

РЕЗУЛТАТИ

В наскоро приключило свое изследване, авторът доказва наличието на сериозни неравенства във финансирането на здравните системи на страните от ЕС (Игнатов, 2021). Това е валидно, както по отношение на публичните, така и по отношение на частните разходи за здравеопазване в тях. Ясно беше показано съществуването на клъстери от държави в ЕС, съответно отделящи повече и по-малко средства за здравеопазване и беше доказано

наличието на зависимост на здравните показатели на населението от финансирането на здравната система в съответната страна.

Таблица 1. Средна стойност на публичните разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност за страните от ЕС за 2000 – 2018 г.

№	Държава	Средно за периода 2000 - 2018 г.	№	Държава	Средно за периода 2000 - 2018 г.
1	Люксембург	\$4 376,24	15	Португалия	\$ 1 609,71
2	Дания	\$3 382,56	16	Малта	\$ 1 568,25
3	Швеция	\$3 265,62	17	Чешка република	\$ 1 564,85
4	Германия	\$3 218,28	18	Гърция	\$ 1 351,16
5	Австрия	\$3 045,54	19	Словакия	\$ 1 189,07
6	Ирландия	\$3 017,92	20	Хърватска	\$ 1 131,34
7	Белгия	\$2 896,15	21	Унгария	\$ 1 033,96
8	Нидерландия	\$2 856,91	22	Естония	\$ 975,11
9	Франция	\$2 771,17	23	Литва	\$ 874,07
10	Великобритания	\$2 725,54	24	Полша	\$ 866,20
11	Финландия	\$2 591,02	25	Кипър	\$ 819,08
12	Италия	\$2 206,39	26	Румъния	\$ 631,56
13	Испания	\$1 885,59	27	Латвия	\$ 617,99
14	Словения	\$1 621,24	28	България	\$ 550,48

Източник: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PP.CD>
и изчисления на автора

Публичните разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност е показателят, който с най-голяма тежест влияе върху здравните показатели на населението и притежава висока информационна стойност, поради което той ще бъде използван и в настоящото изследване, за сравняване на нивата на публично финансиране в отделните страни.

В таблица 1 са дадени средните стойности на показателя за периода 2000 – 2018 г., за всяка от страните. Най-високите средни публични разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност имаме в Люксембург, Дания, Швеция и Германия, а най-ниски са в България, Латвия, Румъния и Кипър. Разликата между страната с най-високи и страната с най-ниски разходи е почти 8 пъти или близо 4000 \$ годишно. Таблица 1 ще бъде използвана като отправна точка при по-нататъшните международни сравнения.

Данните за кумулативния общ брой случай на заразени с COVID-19 и броя на починалите към 30.06.2020 г. за всяка страна е даден в таблица 2. Те са подредени в намаляващ ред, според процента на починалите. В повечето страни от ЕС първите случаи на заразени с коронавирус хора бяха регистрирани през първата половина на месец март 2020 г. До края на същият месец в голяма част от тях бяха приложени драстични мерки за ограничаване на разпространението на вируса – вземайки предвид влошаващата се ситуация и засягането на

различни сектори (здравеопазване, консулска закрила, гражданска защита, икономика), председателството на ЕС задейства механизма IPCR³ на режим пълно активиране. Финансова помощ в размер на милиарди евро в подкрепа на различни сектори (здравеопазване, социално и икономическо възстановяване) беше отпусната чрез Европейската инвестиционна банка. Данните в таблица 2 ни показват ситуацията във всяка страна три месеца след началото на пандемията.

Малко изненадващо, страните с най-висока смъртност сред заболелите в този първи етап на пандемията са Франция, Белгия, Италия и Великобритания, а най-ниски са нивата в Малта, Словакия и Кипър. Въпреки че разликата между най-ниската и най-високата стойност на смъртността е много голяма (близо 15 пъти) видно е, че в този първи етап смъртността като цяло е изключително висока. Италия беше първата европейска страна, в която беше регистриран човек, заразен със SARS-COV-2 в края на февруари 2020 г., като първият случай на починал от COVID-19 е от 21.02.2020 г. (Dottucci et al., 2021). Първата епидемична вълна там беше наблюдавана между края на февруари и май 2020 г. и се характеризира с голяма географска хетерогенност: най-засегнати са северните райони, също и по отношение на смъртността, докато в центъра и на юг епидемията има по-слабо въздействие. Пандемията от COVID-19 оказва значително влияние върху демографията на Франция (Pison, 2021). Смъртните случаи там се увеличават значително, а ражданията намаляват, което води до спадане на очакваната продължителност на живота при раждане с 0,4 години за жените и 0,6 години за мъжете. С регистрирана смъртност от 4,61% до 30.06.2020 г. България се нарежда до страни като Германия и Дания в които традиционно се счита, че предоставяните здравни услуги са на много високо ниво, а публичните средства за здравеопазване значително надвишават тези в нашата страна.

Сравнение между ранжираните страни от двете таблици показва, че в този първи етап от пандемията не можем да търсим връзка между публичното финансиране и готовността на съответната страна за явление с такива мащаби. Така например, страните с най-ниски нива на публично финансиране – България, Латвия, Румъния и Кипър, са в средата на таблицата, отнасяща се до процента на смъртни случаи, а Кипър е дори в първата тройка на страните с най-нисък брой жертви, заедно с Малта и Словакия. В същото време, едни от страните с най-високи публични разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност, са на последните места, т.е. с най-голям процент починали, като следствие на заразяване с коронавирус. Ниските нива на разпространение на вируса и смъртността от него в Малта и Кипър, през първата вълна на пандемията, може да се обясни със сходните им характеристики – и двете държави са островни, разположени са в Средиземно море, с население под 1 000 000 жители и сходна продължителност на живота (Cuschieri et al, 2022). Предполага се, че малкият географски и популационен размер на тези острови е предимство, в допълнение към прилагането на мерките за COVID-19, за

³ IPCR (Integrated Political Crisis Response) - IPCR е механизмът на Съвета за реакция при кризи. Представява „инструмент“ в ръцете на председателството за координиране на политическия отговор на големи междусекторни и сложни кризи, включително терористични актове.

ограничаване на разпространението на вируса и поддържане на ниска смъртност. В случая с Малта, която е страната с най-малък брой починали, едва 9 души или 1,34% от заболелите от COVID-19, причините могат да се търсят и в ефективните интервенции в общественото здравеопазване, масовото тестване на населението (Малта е трета в света по брой тествани на глава от населението), дистанционното наблюдение на пациентите вероятно са допринесли за тези благоприятни резултати (Micallef, 2020).

Таблица 2. Общ брой заразени и починали от COVID-19 в страните от ЕС и Великобритания към 30.06.2020 г.

Държава	Общ брой случаи на COVID-19	Брой починали	%
Малта	670	9	1,34%
Словакия	1 665	28	1,68%
Кипър	1 002	19	1,90%
Латвия	1 118	30	2,68%
Чешка република	11 861	346	2,92%
Люксембург	3 516	110	3,13%
Естония	1 989	63	3,17%
Португалия	45 637	1 576	3,45%
Литва	1 746	61	3,49%
Хърватска	2 725	107	3,93%
Австрия	17 766	705	3,97%
Полша	34 393	1 463	4,25%
Финландия	7 214	328	4,55%
България	4 989	230	4,61%
Германия	195 832	9 079	4,64%
Дания	12 768	609	4,77%
Гърция	3 390	192	5,66%
Румъния	26 582	1 655	6,23%
Ирландия	25 555	1 727	6,76%
Словения	1 600	111	6,94%
Швеция	67 867	5 475	8,07%
Испания	256 196	29 385	11,47%
Нидерландия	50 273	6 113	12,16%
Унгария	4 145	585	14,11%
Великобритания	282 690	40 454	14,31%
Италия	241 738	34 959	14,46%
Белгия	61 427	9 684	15,77%
Франция	154 658	29 818	19,28%

Източник: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> и изчисления на автора

Мерките за контрол на болничните инфекции също са от ключово значение за предотвратяване на значително вътреболнично разпространение на инфекцията. Тези концепции потенциално биха могли да бъдат приложени за спиране на бъдещи огнища на вирусни заболявания. Освен това, в малките островни държави мерките на ниво население са

по-лесни за прилагане, което ограничава по-ефективно разпространението на вируса в сравнение с по-големите държави. Липсата на сухопътни граници допълнително улеснява тази задача. В Словакия, добрите първоначални резултати се дължат на три основни фактора. Първият е бързото решение на правителството да въведе ограничителни мерки още от 16.03.2020 г., включващи затваряне на всички училища, ресторанти, барове и магазини, с изключение на хранителни магазини, аптеки и банки, както и забрана за всички публични събития и събирания (Beblavy, 2020).

Вторият много важен фактор е добросъвестното, доброволно и стриктно спазване на тези ограничения от населението на страната, въпреки, че Словакия като цяло се характеризира с ниски нива на доверие в политиците и правителството. В голяма степен положителен ефект изигра и реакцията на политическия елит, където не се наблюдават разногласия относно сериозността на заплахата и необходимостта от ограничения, за разлика от много други страни. Третият основен фактор са медиите. Коронавирусната криза увеличи читателската аудитория на по-сериозните медии, докато конспиративните сайтове, фокусирани върху здравни проблеми, които са обикновено много популярни в Словакия, пренебрегнаха напълно вируса в продължение на няколко седмици. Това позволи на масовите медии да доминират в обществения дискурс. Дори когато критикуват конкретни действия на правителството основните медии не омаловажават необходимостта от стриктно спазване на ограниченията. Те изиграха огромна роля в кризата с коронавируса не само като държаха правителството отговорно, но и бързо разпространявайки нови социални норми. Докато ранните и решителни действия от страна на правителствата са от решаващо значение в борбата с коронавируса, случаят със Словакия показва, че медиите и гражданското общество могат да компенсират в значителна степен слабостта на обществените здравни институции чрез изграждане на консенсус относно спазване на необходимите мерки за намаляване на разпространението на коронавируса.

В много голяма степен обяснението за високата смъртност на заболели от COVID-19 в тези първи месеци от пандемията може да се търси в неизвестността, относно болестта, мащаба и скоростта на нейното разпространение. Това е времето, когато здравните системи търсеха начини да се адаптират към новата ситуация и капацитета на всяка една от тях да се справи с тази задача беше от ключово значение за по-нататъшното им функциониране.

По-различно изглеждат стойностите на този показател към 31.12.2020 г., данните за което са показани в таблица 3. В рамките на шестте месеца между юни и декември 2020 г. смъртността в повечето страни от ЕС и Великобритания намалява значително, макар и с различни темпове. Ако към 30.06.2022 г. средната смъртност за всички тях е 6,77%, то към 31.12.2020 г. тя е вече 2,06%. Това е времето на втората вълна на вируса, в което лидерите на страните от ЕС се обединяват все повече около необходимостта от засилване на колективните усилия за борба с пандемията от COVID-19. Започват да се формират политиките за тестване и проследяване на населението, правят се сериозни инвестиции в разработването на ваксини и се набелязват области за развитие на сътрудничеството, свързани с тях: справедливо разпределение между държавите членки, критерии за

определяне на приоритетните групи, логистични предизвикателства и затруднения, комуникационна дейност.

Таблица 3. Общ брой заразени и починали от COVID-19 в страните от ЕС и Великобритания към 31.12.2020 г.

Държава	Общ брой случаи на COVID-19	Брой починали	%
Кипър	22 309	119	0,53%
Дания	163 479	1 269	0,78%
Естония	27 252	226	0,83%
Люксембург	46 602	498	1,07%
Словакия	173 228	2 138	1,23%
Литва	142 014	1 802	1,27%
Нидерландия	796 981	11 432	1,43%
Финландия	36 107	561	1,55%
Латвия	39 043	635	1,63%
Португалия	413 678	6 830	1,65%
Чешка република	719 298	11 887	1,65%
Малта	12 774	219	1,71%
Австрия	360 815	6 222	1,72%
Хърватска	208 446	3 920	1,88%
Германия	1 745 518	34 313	1,97%
Швеция	454 758	9 817	2,16%
Полша	1 294 766	28 022	2,16%
Словения	119 740	2 697	2,25%
Ирландия	92 112	2 226	2,42%
Испания	1 958 030	50 837	2,60%
Франция	2 440 416	64 780	2,65%
Румъния	627 941	17 744	2,83%
Унгария	319 543	9 537	2,98%
Белгия	644 242	19 245	2,99%
Великобритания	2 427 039	73 621	3,03%
Гърция	137 918	4 838	3,51%
Италия	2 102 994	74 237	3,53%
България	202 266	7 576	3,75%

Източник: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> и изчисления на автора

Прави впечатление драстичната промяна на смъртността в няколко държави. Във Франция тя спада от 19,28% до 2,65%, което е намаление с повече от 7 пъти. След като първата вълна на епидемията отминава, Франция се е справила със здравната криза по-добре от другите страни с високи доходи, но без да компенсира първоначалните си недостатъци (Barua, 2022). Страната в действителност полага огромни усилия, като увеличава бюджета си за здравеопазване с 8% през 2020 г. в сравнение с 2019 г., което води до дефицит от 30 милиарда евро за здравния сектор (20 пъти повече от 2019 г.). На този фон представянето на Франция изглежда спорно, като се има предвид състоянието на френската система за

здравеопазване и относително високия дял от брутния вътрешен продукт (БВП), който тя отделя за здравеопазване. Въпреки това, може да се твърди, че качеството на здравната система на Франция заедно с изключителното участие и сътрудничество на здравните работници успяват да компенсират в значителна част високата смъртност, регистрирана в началото на здравната криза, която произтича главно от състоянието на общественото здраве на страната, централизацията и липсата на гъвкавост на френската здравна система. В Нидерландия спадът е повече от 8 пъти, а в Италия и Белгия съответно 4 и 5 пъти. Въпреки това, смъртността в тези две държави остава относително висока. Към края на 2020 г. Италия е на 37-мо място в света по брой заразени и на 4-то място в света по брой починали на глава от населението. В много голяма степен причините за това се търсят в застаряващото население (през 2019 г. Италия има най-възрастното население в Европа, с 22,8% от хората над 65 г.), социалната структура на обществото, в която младите често живеят с по-старите си роднини, излагайки ги на опасност от заразяване, недостатъчно финансирана здравна система и липсата на добра подготовка и организация. В случаят на Белгия, обяснението за незадоволителните първоначални данни се крие в голямата гъстота на населението, което затруднява социалната дистанция и улеснява предаването на вируса, както и в конфликта между регионалните и федерални лидери. Белгия има уникална конфигурация, разделена е на три общности (френска, немска и фламандска) и три региона (Брюксел-столица, фламандски и валонски). Те споделят различни политически отговорности помежду си. Например, докато общностите наблюдават образованието, регионите имат думата по икономическите въпроси. В Дания смъртността пада до 0,78% (повече от 6 пъти), което изкачва страната на второ място по този показател в целия ЕС. Смъртността в България намалява от 4,61% до 3,75%, което изпраща страната ни на последно място, с най-висока смъртност от всички 28 страни. Както навсякъде в Европа, втората вълна на вируса удари силно нашата страна. След като се справи прилично през пролетта, България бавно затегна ограничителните мерки, тъй като случаите започнаха да се увеличават през есента. В същото време десетилетията на необузdana корупция и непотизъм подкопаха общественото доверие в институциите и желанието на хората да следват заповедите на правителството (Dzhambazova, 2020). Именно в тази ситуация България плати цената за вече нефункциониращата здравна система, отслабена в годините от медицински специалисти, напускащи страната. Единствената страна, в която смъртността се увеличава за тези 6 месеца е Малта. По-този начин страната отстъпва първото място, което заема на 30.06.2020 г. с 1,34% и се нарежда на 12 място с 1,71% починали от общия брой заразени с коронавирус. В таблица 4 са данните за кумулативния общ брой случай на заразени с COVID-19 и броя на починалите към 31.12.2021 г. за всяка страна от ЕС.

Таблица 4. Общ брой заразени и починали от COVID-19 в страните от ЕС и Великобритания към 31.12.2021 г.

Държава	Общ брой случаи на COVID-19	Брой починали	%
Кипър	166 827	638	0,38%
Дания	787 371	3 267	0,41%
Финландия	260 292	1 564	0,60%
Нидерландия	3 132 745	20 924	0,67%
Ирландия	788 559	5 912	0,75%
Естония	241 406	1 932	0,80%
Люксембург	103 766	915	0,88%
Малта	52 473	477	0,91%
Австрия	1 278 619	13 733	1,07%
Швеция	1 336 942	15 337	1,15%
Великобритания	12 935 668	148 624	1,15%
Словения	464 050	5 589	1,20%
Франция	9 972 800	123 741	1,24%
Белгия	2 089 657	28 308	1,35%
Португалия	1 389 646	18 955	1,36%
Литва	519 747	7 378	1,42%
Испания	6 294 745	89 447	1,42%
Чешка република	2 477 271	36 210	1,46%
Германия	7 176 448	112 756	1,57%
Латвия	276 674	4 570	1,65%
Гърция	1 210 853	20 790	1,72%
Хърватска	715 245	12 538	1,75%
Словакия	841 733	16 635	1,98%
Италия	6 008 744	137 562	2,29%
Полша	4 108 216	97 054	2,36%
Унгария	1 256 415	39 186	3,12%
Румъния	1 808 891	58 787	3,25%
България	747 108	30 955	4,14%

Източник: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> и изчисления на автора

За времето от 31.12.2020 г. до 31.12.2021 г. броя починали, като процент от общия брой заразени продължава да намалява и средната стойност на показателя за всички страни е вече 1,5%, срещу 2,06% една година по-рано. Въпреки това, в седем от държавите смъртността сред заболелите се е увеличила – това са България, Румъния, Унгария, Полша, Словакия, Латвия и Литва. Това отрежда и незавидно място на тези страни в дъното на таблицата, с най-висока смъртност в ЕС, а България категорично запазва последното си място с 4,14% починали от общия брой заразени.

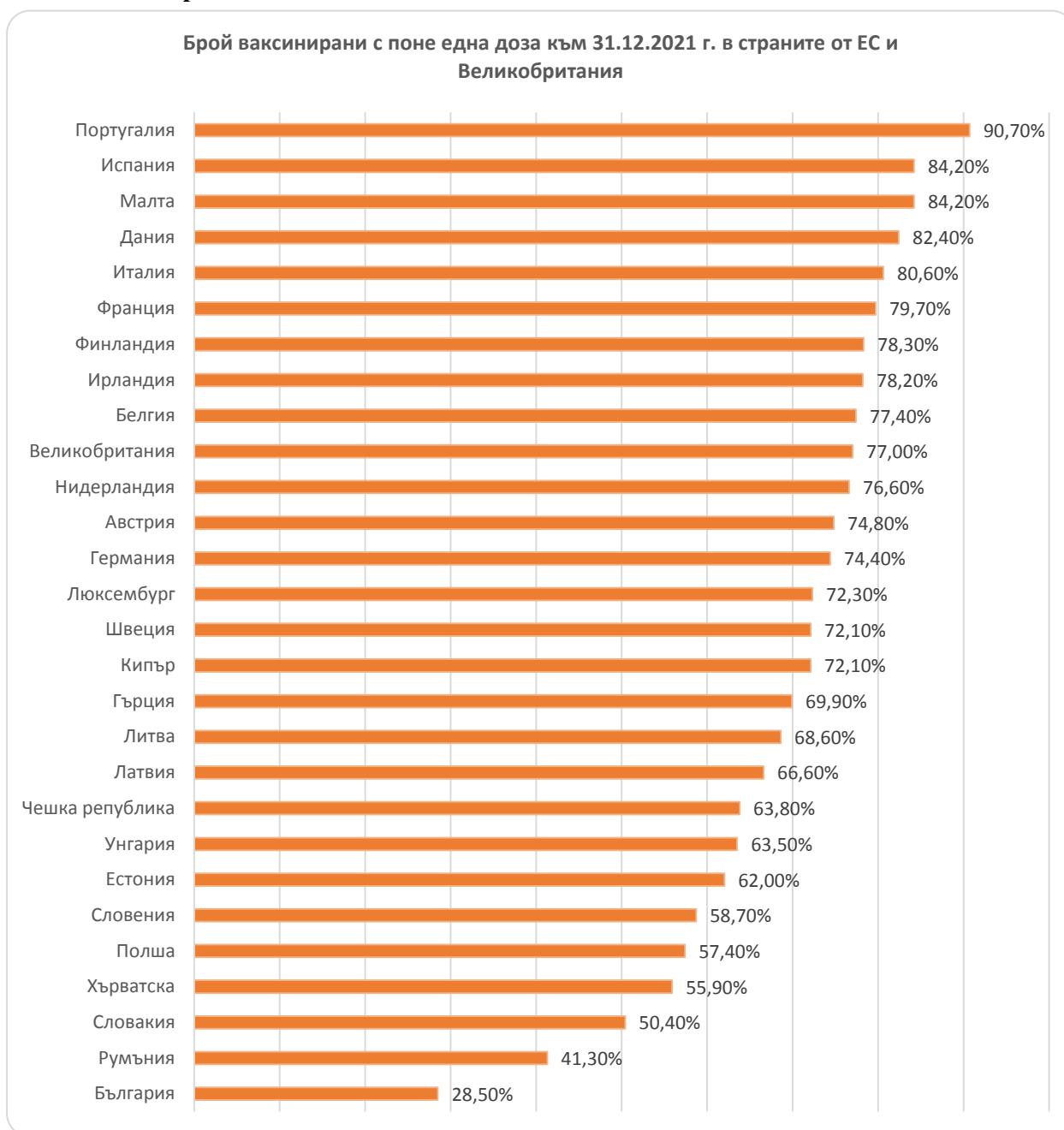
Основният фактор, на който се разчиташе да промени коренно протичането на пандемията от COVID-19 през 2021 г. бяха първите разработени ваксини. Дългоочакваната им поява в края на 2020 г. бе съпътствана с огромен оптимизъм, но и с много резерви в голяма част от

европейските граждани. Бяха разработени мащабни информационни кампании, политическите лидери в цяла Европа призоваваха за масова ваксинация и постигане на групов имунитет възможно най-скоро. Доставка за всички страни от ЕС бяха договорени и се осъществяваха по план. И докато в много от западните държави първоначалният песимизъм или дори страх от действието на ваксините постепенно изчезна, то в България и някои от другите по-нови страни-членки този процес се задълбочи. На фигура 1 е показано ваксинационното покритие в страните от ЕС и Великобритания към 31.12.2021 г. показващо относителния дял на населението в съответната страна с поне една поставена доза ваксина⁴ срещу COVID-19. Тя илюстрира огромната пропаст в доверието към ваксините, спомената по-горе. България е страната с най-ниско покритие от всички страни в ЕС с едва 28,50% ваксинирано население, като дори разликата с втората страна с най-ниско покритие Румъния е значителна. Едва ли е случайно, че страните с най-висока смъртност, като процент от броя заболели към 31.12.2021 г. са и тези, които са с едни от най-ниските нива на ваксинация (България, Румъния, Словакия, Полша, Хърватска). В случая на България една от слабостите, която се прояви при тази криза беше липсата на здравен маркетинг. Здравният маркетинг се определя като маркетинг на продукти и услуги, свързани със здравето (Thomas, 2008). Здравеопазването е емблематичен пример за липсата на информация, което определя пазарната сила на предлагането (Вълков, Пенкова, 2015). Обикновено пациентите и лекарите не могат да бъдат сигурни в резултатите от лечението, което прави разяснителните кампании абсолютно задължителни. Обикновено пациентите търсят отговори на въпроси като: какви здравословни проблеми могат да се очакват, кой или какво може да даде решение на проблема, къде да намерят необходимата информация, какво да очакват, какво получават в резултат на лечението, и т.н.

Особеното при България е, че страната ни е с най-лошите от всички разгледани показатели досега – най-висока смъртност, най-ниско ниво на публично финансиране и най-ниско ниво на ваксинация. Това са сериозни индикатори и поредно доказателство за сериозните проблеми, от които е раздирана здравната система в България в продължение на десетилетия. Освен това, в сравнителен международен план България оглавява и още една негативна класация - за най-висок относителен дял на лицата, изложени на риск от бедност и социално изключване (Велева, 2018), като най-висок е относителния дял на лицата на възраст 65+ години.

⁴ За страните от ЕС като източник на тази информация е използван интернет сайт <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu>, а поради липсата на данни за Великобритания е използван сайта <https://ourworldindata.org>

Фигура 1. Брой ваксинирани с поне една доза срещу COVID-19 в страните от ЕС и Великобритания към 31.12.2021 г.



Източник: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab> и <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=GBR>

Кампанийният подход и липсата на политическа воля за сериозна промяна превръщат българското население в заложник на неработещата и неефективна система на здравеопазване, което в комбинация с останалите социално-икономически фактори превръща страната ни в една от най-бързо изчезващите от световната карта. Централен проблем и същевременно възможност за по-успешно развитие на здравеопазването в България е необходимостта от постепенно нарастване на публичните средства в здравеопазването

(Пенкова и колектив, 2019). Това би подобрило включително конкурентоспособността на болничните лечебни заведения и предоставяната стойност за потребителите (Вълков, 2007).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изследването показва, че не можем да търсим съществена връзка между нивата на публично финансиране и готовността на здравната система на съответната страна за действие при пандемия от подобен мащаб. Очевидно е в случая, че всички държави от ЕС и Великобритания регистрират относително по-висока смъртност в месеците след появата на първите заразени в коронавирусна инфекция. В огромната си част обаче, страните отделящи повече публични средства за здравеопазване са тези, които се справят много по-добре в средносрочен и дългосрочен план. Това означава, че техните здравни системи се адаптират по-бързо и по-качествено към промените, настройвайки се към новите условия на работа. Разбира се, съществуват много фактори, които не са за подценяване и оказват значително влияние в ситуации като тази. Някои държави се представиха добре в пандемията, други не толкова. И това важи както за демокрациите така и за автократиите. Факторите, обясняващи успешните реакции срещу пандемията, са държавния капацитет, социалното доверие и лидерството (Fukuyama, 2020). Държавите, които разполагат и с трите – компетентен държавен апарат, правителство, на което гражданите се доверяват и ефективни лидери се представиха впечатляващо, като успяха да ограничат претърпените щети до поносимия минимум. Държавите с нефункционални правителства, поляризирана общества или лошо лидерство се справиха зле, а гражданите и икономиките им се оказват изложени и уязвими за последствията от кризата.

БИБЛИОГРАФИЯ

Велева, Р., Публични политики за намаляване на лицата в риск от бедност и социално изключване, научни трудове на УНСС, Издателски комплекс – УНСС, том 4, 161-172, София, 2018 [Veleva, R., Publichni politiki za namalyavane na litsata v risk ot bednost i sotsialno izklyuchvane, nauchni trudove na UNSS, Izdatelski kompleks – UNSS, tom 4, 161-172, Sofia, 2018]

Вълков, А., Конкурентоспособност на публичните многопрофилни болници: концепция, показатели и стратегии за подобряване на конкурентните позиции, Икономически алтернативи, брой 3, 2007 [Valkov, A., Konkurentosposobnost na publichните mnogoprofilni bolnitsi: kontseptsia, pokazateli i strategii za podobryavane na konkurentnite pozitsii, Ikonomicheski alternativi, broy 3, 2007]

Игнатов, Б., Неравенства в здравните системи на европейските страни, Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”, УНСС, София, 2021 [Ignatov, B., Neravenstva v zdravните sistemi na evropeiskite strani, Disertacionen trud za prisajdane na obrazovatelna i nauchna stepen “Doktor”, UNSS, Sofia, 2021]

Пенкова, Е. и колектив, Пазарни и непазарни алтернативи при публично финансираните услуги, Издателски комплекс – УНСС, София, 2019 [Penkova, E. i kolektiv, Pazarni i nepazarni alternativi pri publichno finansiranite usluzhi, Izdatelski kompleks – UNSS, Sofia, 2019]

- Barnay, T., Why France is among the high-income countries where the most people died of Covid-19, 2022, <https://theconversation.com/why-france-is-among-the-high-income-countries-where-the-most-people-died-of-covid-19-176082>
- Beblavy, M., How Slovakia Flattened the Curve, 2020, <https://foreignpolicy.com/2020/05/06/slovakia-coronavirus-pandemic-public-trust-media/>
- Cuschieri, S., Pallari, E., Hatziyianni, A., Sigurvinsdottir, R., Sigfusdottir, I. D., & Sigurðardóttir, Á. K. (2022). Mortality comparisons of COVID-19 with all-cause and non-communicable diseases in Cyprus, Iceland and Malta: lessons learned and forward planning. *Public health*, 202, 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.03.025>
- Dorrucci, M., Minelli, G., Boros, S., Manno, V., Prati, S., Battaglini, M., Corsetti, G., Andrianou, X., Riccardo, F., Fabiani, M., Vescio, M. F., Spuri, M., Urdiales, A. M., Martina, D. M., Onder, G., Pezzotti, P., & Bella, A. (2021). Excess Mortality in Italy During the COVID-19 Pandemic: Assessing the Differences Between the First and the Second Wave, Year 2020. *Frontiers in public health*, 9, 669209. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.669209>
- Dzhambazova, B., Bulgaria's health system on brink of collapse from coronavirus crisis, 2020, <https://www.politico.eu/article/bulgaria-health-crisis-coronavirus-hospitals-deaths>
- Fukuyama, F., The Pandemic and Political Order, *Foreign affairs*, August, 2020;
- Harper, S., The impact of the Covid-19 pandemic on global population ageing, *Journal of population ageing* 14, pages 137–142, 2021, <https://doi.org/10.1007/s12062-021-09330-w>
- Micallef, S., Piscopo TV, Casha R, Borg D, Vella C, Zammit M-A, et al. (2020) The first wave of COVID-19 in Malta; a national cross-sectional study. *PLoS ONE* 15(10): <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239389>
- Pison, G. & Meslé, F. (2021). France 2020: 68 000 décès supplémentaires imputables à l'épidémie de Covid-19, *Population & Sociétés*, 587, 1-4, <https://doi.org/10.3917/popsoc.587.0001>
- Staub, K., Panczak, P., Matthes, K., Floris, J., Berlin, C., Junker, C., Weitkunat, R., Mamelund, S., Zwahlen, M., Riou, J., Historically High Excess Mortality During the COVID-19 Pandemic in Switzerland, Sweden, and Spain, *Annals of internal medicine*, February, 2022;
- Stereov, N., Economic impact of COVID-19 pandemic: case of Bulgaria, *SHS Web Conf.*, 120, 2021, <https://doi.org/10.1051/shsconf/202112002005>
- Thomas, R. *Health Care Marketing*. Health Administration Press, AUPHA, 2008;
- Valkov, A., Penkova, E., Health care marketing: pro and con, *Knowledge, International Journal, Scientific and Applicative Papers*, Vol. 8, No.1, Institute of Knowledge Management, Skopje, 2015;
- Web site <https://www.worldometers.info/coronavirus>, 21/02/2022
- Web site of the World bank: <https://data.worldbank.org>, 21/02/2022

ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ НА ПРАКТИКА / HEALTH MANAGEMENT IN PRACTICE

УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО И БЕЗОПАСНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В УСЛОВИЯ НА ПАНДЕМИЯ

Мина Попова, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, София¹

Резюме

Пандемията, предизвикана от Covid-19, се оказва сериозен тест за здравната ни система, особено що се отнася до предоставянето на качествено и безопасно медицинско обслужване за населението. В статията се представят някои от основните научно-приложни принципи и инструменти от теорията за управление на качеството и безопасността на пациентите, базирани на концепцията на Донабедиян: структура, процес и резултати. Те биха могли да бъдат полезни и да се вземат под внимание при търсене на решения за управление на кризисни ситуации в здравеопазването. Статията се базира на литературен обзор на българска и англоезична литература, както и на опита на автора като консултант и мениджър по качеството в конкретни болници.

Ключови думи: управление на качеството, безопасност на пациентите, Covid-19, организационна култура

QUALITY MANAGEMENT AND PATIENT SAFETY DURING PANDEMIC

Mina Popova, UMHAT „St. Ivan Rilski“²

Abstract

The Covid-19 pandemic became a serious test for the functioning of our healthcare system, especially in the field of quality and safety of the healthcare services provided to the population. This article sets out some of the main principles and tools of the quality and patient safety theory, based on Donabedian's concept: structure, process, and outcomes. They might be useful in the management of crisis healthcare situations such as the current pandemic. The article includes short

¹ Мина Попова, е икономист и има магистърска степен от УНСС, София. Защитила е дисертация по безопасност на пациентите и има специализации във водещи университети във Великобритания и САЩ. От 2013 г. тя насочва професионалната си кариера си в тази област. Тя е първият в България мениджър по качеството, който внедрява успешно международните стандарти по качество и безопасност на пациентите в болнично ЛЗ. В последните години работи като международен консултант по управление на качеството и безопасността в здравеопазването. Понастоящем е мениджър по качеството във водеща в страната университетска клиника и е хоноруван преподавател в УНСС.

² Mina Popova, PhD is an economist and holds a master's degree from the UNWE, Sofia. She defended her dissertation in patient safety and has specialized in leading universities in the UK and the USA. Since 2013 she has focused her professional career in this field. She is the first Quality Manager in Bulgaria to successfully implement international quality and patient safety standards in a hospital. In recent years, she has been working as an international consultant on quality and safety management in healthcare. He is currently a quality manager at a leading university clinic in the country and a visiting lecturer at the UNWE.

literature review of Bulgarian and English sources and is also based on the author's experience as a consultant and quality manager.

Key words: *quality management, patient safety, Covid-19, organizational culture*

ВЪВЕДЕНИЕ

Качеството на медицинското обслужване е въпрос от първостепенно значение за всяка организация в сферата на здравеопазването поради все по-нарастващите очаквания на потребителите на здравни услуги, използването на модерни технологии, непрекъснатия стремеж към подобрения и все по-високите изисквания на пазара. Това е един от най-често цитираните принципи и приоритети в здравните политики на национално, Европейско и международно ниво (Busse, Klazinga, et al. 2019). През последните години, обаче, се сблъскваме с неопровержими доказателства, че здравната ни система не е толкова качествена и безопасна, колкото би трябвало да бъде. Това се потвърждава в последното издание на Индекса на здравния потребител³ (2018), според което с индекс 591 България е на 31 място от 35 възможни в класацията на здравните системи, сравняваща 35 страни (Вълков, Станчева, 2021).

Също така, данните от последния доклад на Евробарометър (2014), проведен по поръчка на Европейската комисия показват, че:

- 68% от българите считат, че е налице лошо качество на медицинското обслужване при 27% за ЕС.
- според 58% от българите е налице риск от допускане на нежелан инцидент по време на болничния престой при 53% за ЕС.
- според 62% от българите е налице риск от допускане на нежелан инцидент в извънболничната помощ при 50% за ЕС.
- само 6% от българите са склонни да отчетат нежелан инцидент при 46% за ЕС.

Тези изследвания показват ниското ниво на доверие в здравеопазватната ни система, както и повишаване на неудовлетвореността сред обществеността. Също така, те поставят въпроса за необходимостта от предприемане на действия за подобрения и промени на всички нива, защото здравеопазването не трябва да се възприема като сфера, източник на болестност, смъртност и високи разходи в резултат на труден достъп, допуснати медицински грешки, нежелани ефекти при употреба на лекарства, нозокомиални инфекции или предоставяне на ненужни здравни услуги.

Целта на настоящата статия е да се изведат основни принципи и инструменти за осигуряване и подобряване на качеството и безопасността на здравните услуги в условията на пандемия.

³ Индекс на здравния потребител – годишна класация на националните здравни системи в пет категории, които са ключови за потребителя: права на пациента и информация, време за чакане за лечение, резултати от здравната помощ, предоставяни услуги и достъп до лекарства (1).

Тя се базира на литературен обзор на българска и англоезична литература, както и на опита на автора като консултант и мениджър по качеството в конкретни болници.

КРАТЪК ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Дефиниции за качество

В литературата могат да се намерят десетки определения на понятието (категорията) "качество на здравната услуга", част от които са представени в таблица 1 (Busse, Klazinga, et al. 2019):

Таблица 1. Дефиниции за качество, 1980 – 2018 г.

Аведис Донабедиян (1980)	Такава грижа, която се очаква да максимизира всеобхватно благополучието за пациента, след като се вземе под внимание баланса между очакваните ползи и загуби, съпътстващи целия лечебен процес.
Института по медицина (ИОМ) (1990)	Степента, в която здравните услуги за населението увеличават вероятността за получаване на желаните здравни резултати и са съвместими с настоящите професионални добри практики
Съвет на Европа (1997)	Степента, в която оказаното лечение увеличава шансовете на пациента да получи желаните резултати и намалява шансовете от нежелани последици при наличното състояние на познания
Европейска комисия (2010)	Добра качествена грижа е тази, която е ефективна, безопасна и отговаря на нуждите и потребностите на пациентите. Посочва се също, че другите измерения на качеството като ефикасност, достъп и справедливост са обект на един по-широк дебат и други форуми
СЗО (2018)	Качествената здравна услуга трябва да бъде: <ul style="list-style-type: none"> • Ефективна: предоставяне на основани на доказателства здравни грижи на тези, които се нуждаят от тях • Безопасна: избягване на наранявания за пациентите, които получават здравната грижа • Ориентирана към хората: предоставяне на грижа, която отговаря на индивидуалните потребности, нужди и ценности <p>За да се осъзнаят ползите от качествено здравеопазване, здравните услуги трябва да бъдат и своевременни, справедливи, интегрирани и ефикасни.</p>

Източник: Busse, R., N. Klazinga, D. Panteli, W. Quentin. (2019)

Общото между тези дефиниции е, че същността на качеството на медицинската помощ се изразява в нейната полезност, т.е. нейните възможности да допринесе определена полза (желани резултати) на потребителите като същевременно намалява риска за тях да бъдат наранени в процеса на получаване на грижата. С по-широк обхват на качествена здравна услуга са последните две дефиниции (ЕК и СЗО), в които се посочват още няколко измерения към посочените в предходните определения: достъп, справедливост, своевременност, интегритет. Следователно, качествена е тази здравна услуга, която се

предоставя тогава, когато е необходима, на тези, които се нуждаят от нея при оптимално използване на наличните ресурси и намален риск от нараняване.

Обхват и измерения на качеството на медицинското обслужване

За да се предоставя медицинско обслужване с високо качество, от значение са пет основни елемента (WHO, OECD, WB, 2018):

- квалифицирани трудови ресурси;
- безопасен сграден фонд;
- безопасно използване на медикаменти, оборудване и технологии;
- информационна система;
- финансов ресурс, който се използва за подобряване на качеството.

Следователно, когато говорим за качество в здравеопазването, има се предвид не само качеството, което е свързано с директната грижа за пациентите, но и цялостната добра организация и управление на лечебното заведение, което оказва индиректно влияние върху предоставеното медицинско обслужване. Това намира израз и в седемте измерения на качеството, формулирани от Института по медицина (ИОМ, 2001):

- Безопасност – намаляване на риска от увреждане на пациента по време на лечение;
- Ефикасност – увеличаване на полезността на предоставените здравни услуги за населението;
- Ориентиране към пациента – предоставяне на здравни услуги с необходимото уважение и зачитане на достойнството на пациента, които отговарят на неговите нужди, потребности и ценности;
- Своевременност – намаляване на времето за чакане и получаване на необходимите здравни услуги;
- Ефективност – предоставяне на максимални услуги при минимални разходи;
- Справедливост – предоставяне на здравни услуги на лица без значение от пол, политическа принадлежност, вероизповедание, етнос, социална група, местоживеене;
- Интегритет – качеството на грижа обхваща превантивната и лечебната грижа, както и грижата, която се оказва в болниците и в извънболничните структури.

Според авторите, безопасността се явява едно от ключовите измерения на качеството. Но много често се използва израза „качество и безопасност“, т.е. безопасността тук е самостоятелна категория, с която се характеризира медицинското обслужване. Това е така, за да се подчертае значението, което придобива тази категория като важен компонент за качествена грижа особено след публикуване на доклада на Института по медицина „Да се греша е човешко ...“ (2000 г.), според който „за година повече хора умират от медицински грешки отколкото от рак на гърдата, СПИН или при транспортни произшествия“ (Kohn, et al,

2000). За целите на тази статия безопасността също ще се използва като самостоятелна категория.

Управление на качеството

В научната литература се представят редица модели за управление на качеството в здравеопазването като тези на Аведис Донабедиан, трилогията на Джуран, PDSA цикъл на Shewhart / Деминг⁴, Модел за подобрене на Института за подобрения в здравеопазването⁵, други. Основната цел на всички тези модели е насочена към стандартизиране на процесите, за да се „намали вариацията, която е враг на качеството“ (W.A. Shewhart).

За целта на тази статия е представен моделът на Аведис Донабедиан (Donabedian, 1966), според който качеството може да бъде оценено чрез триединство на:

- **Структура** – налични сгради, квалификация на персонала, техника, оборудване, финансиране, др.;
- **Процеси** – достъп до съответното медицинско обслужване и различните дейности, свързани с неговото непосредствено оказване (диагностика, лечение, рехабилитация, др.);
- **Резултати** – или „изход“ от лечението, т.е. ефектът от дейността върху самия пациент, като удължаване на живота, удовлетвореност на пациента от предоставените грижи, др.

От позициите на времето (над 50 години след публикуване на статията на Донабедиан през 1966 г.) тази концепция продължава да служи като основа за управление на качеството в здравеопазването, защото чрез нея се представя един по-широк обхват за неговата оценка, който включва в себе си измерване на структурните и организационни условия в една организация освен оценка на процесите, свързани с оказване на директна грижа на пациента. В допълнение, авторът повдига въпроса за прилагане на системния подход при предоставяне на медицинско обслужване, без който не може да се постигне желаното високо качество. До голяма степен индикаторите, които се използват за оценка на качеството, отговарят на предложената от Донабедиан концепция и се отнасят до структура, процеси и резултати. Целта на представените дотук концепции е да се види по какъв начин те могат да бъдат приложими и полезни за управление на кризисни ситуации на ниво лечебно заведение, каквато е настоящата пандемия, предизвикана от Covid-19 инфекцията.

ДИСКУСИОННИ ВЪПРОСИ

Възможности за извършване на подобрения, породени от COVID-19 пандемията

Осигуряването на качествено и безопасно медицинско обслужване в условия на пандемия е истинско предизвикателство за всяка една здравна система (Braithwaite, 2021). Независимо,

⁴ PDSA – Plan (Планиране), Do (Тестване), Study (Анализиране) и Act (Внедряване)

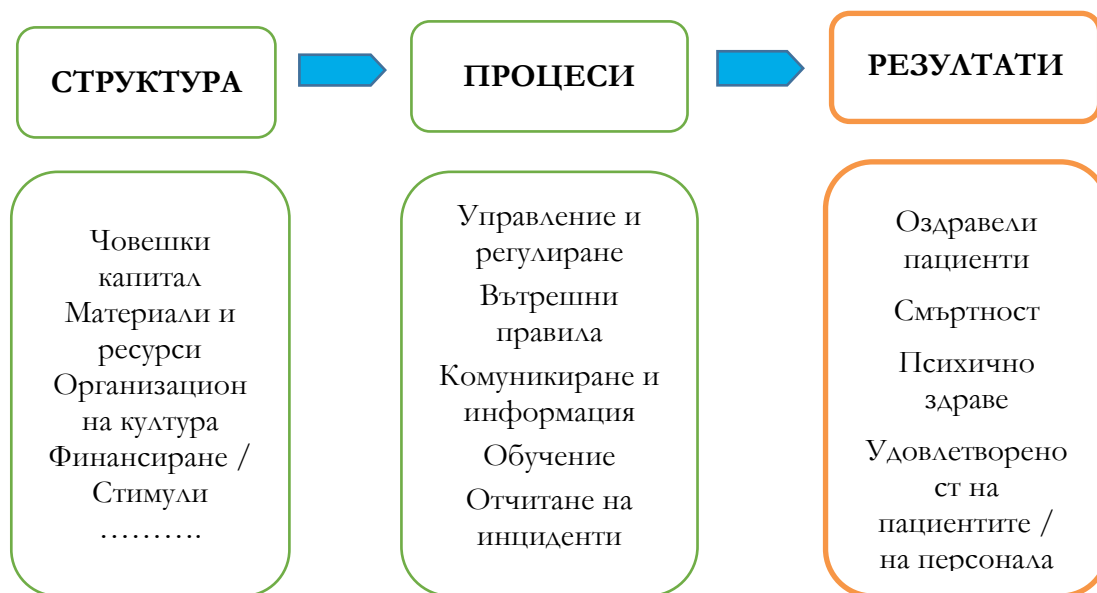
⁵ Institute for Healthcare Improvement

че в лечебните заведения са налице съответните структури и отговорни лица, а съгласно българското законодателство са разработени програми и правила за действия в пандемична обстановка, неочакваната поява на Covid-19 наруши не само цялостната организация на медицинското обслужване у нас. Непознаването на инфекцията, нейното бързо разпространение и влошаването на ситуацията не позволи прилагането на проактивни действия, а по-скоро отговорът от страна на ръководните органи беше противодействащ, реагиращ. Все пак пандемичната обстановка разкри редица области, в които да се извършат подобрения, насочени към повишаване на качеството и безопасността на пациентите.

На първо място, разкри се необходимостта от *прилагане на системния подход* при управление както на здравеопазването като цяло, така и на всяко едно лечебно заведение. Това означава, че различните нива на предоставяне на здравни услуги за населението са взаимосвързани и промяната в което и да е едно от тях изисква и води до промяна във всички останали. Следователно, при създаването или промяна в дейностите на съответните извънболнични и болнични структури, за да се предприемат адекватни действия за овладяване на пандемията, би трябвало да се има предвид тази взаимовръзка.

На второ място, използването на *модела на Донабедиан* „Структура – Процес – Резултат“, представен по-горе, би могло да бъде добра основа за ефективно управление на кризисни ситуации на ниво лечебно заведение. Моделът, адаптиран за ситуация на пандемия, е представен на фигура 1. Разгледани са и конкретни предложения за неговото прилагане.

Фигура 1. Модел на Аведис Донабедиан



Източник: Адаптирано по Донабедиан (1966)

Ако фигурата се анализира отлясно наляво, то резултатите (положителни или отрицателни) са следствие от извършените процеси (както медицински, така и административни). Взети заедно (процеси и резултати), те се определят до голяма степен от структурата на организацията, в която се извършват или получават. Като цяло, качеството на медицинското

обслужване в условия на кризисни ситуация зависи от правилното определяне и взаимодействие между тези три елемента, които са съставни части на модела (структура – процеси – резултати).

СТРУКТУРА

По отношение на структурата, създадена за овладяване на пандемията, по разпореждане на МЗ в лечебните заведения бяха разкрити съответните зони, за да се отговори на нуждите за предоставяне на медицинско обслужване. Доколко тяхното управление е ефективно, това може да се определи на по-късен етап чрез оценка на удовлетвореността предимно на медицинския персонал, „командирован“ да предоставя грижи в тези зони, както и на излекуваните пациенти. Осигуряването на необходимия човешки капитал, материали, ресурси и стимули е важна предпоставка за осъществяване на дейностите в тези структури що се отнася до материалната страна на процеса. Считам, обаче, че това не е достатъчно, когато това касае качеството и безопасността на медицинското обслужване. От значение е формираната организационна култура в лечебните заведения.

Редица автори определят организационната култура като един от основните фактори за резултатите, които се получават в следствие на функционирането на здравната система (NPSF, 2015; Smits, 2009). Културата в организацията се състои от споделени норми, ценности, модели на поведение, ритуали и традиции на работещите в нея служители (Smits, 2009) – или това са нейните неписани правила. От това дали преобладава „култура на обвинение“ или „култура на доверие“ до голяма степен се определя нивото на качество и безопасност в едно лечебно заведение. Културата на доверие означава наличие на екипна работа, добра комуникация, уважение, честност, откритост да се говори за даден проблем, което предполага и поемане на съответна отговорност без страх от наказание, уволнение. Тя е от изключително значение за ефективно управление и намаляване на стреса в кризисни ситуации, защото води до открит диалог и търсене на начини за подобрения вместо отправяне на обвинения и налагане на наказания. Също така, наличието на култура на доверие означава и:

- поставяне на пациента в центъра на системата – въпрос, който изключително много се дискутира през последните години и е в основата на оценката на доверието в здравните системи;
- непрекъснато обучение на персонала – важно условие за намаляване на стреса и подобряване на комуникацията на всички нива в лечебното заведение;
- отчитане на медицински грешки / инциденти – предпоставка да се поучим от слабостите и да търсим възможности за подобрения.

Изграждането на култура на доверие изисква лидерство и ангажираност. Мениджърите са тези, които трябва да осъзнаят това и да мотивират и въвлечат персонала (Попова, 2012).

ПРОЦЕСИ

В статията се дискутират някои от основните процеси, които имат отношение към управление на кризисни ситуации и за които пандемията от Covid-19 разкри възможности за извършване на подобрения.

Роля на вътрешните правила и контролът върху тяхното спазване за подобряване на организацията и управлението на процесите в лечебните заведения.

При възникване на нови процеси или дейности първата стъпка за тяхното управление е разработването на необходимите вътрешни правила. Това са всички документи, създадени и утвърдени в рамките на една организация, за осъществяване на дейността. Те трябва да дадат отговори на следните въпроси:

- Какво и защо се прави?
- Кой и как извършва дейността?
- Кога се извършва дейността?

Основният принцип, който се може да се следва при тяхното разработване, е: „Напиши това, което правиш. Следвай това, което си написал“.

Следователно, една от първите дейности, които трябваше да се извърши в новооткритите структури (каквито са тези за лечение на пациенти с Covid-19 инфекция) беше да се разработят правилата, с които да се определи реда за прием, лечение и изписване на пациенти. Следваща стъпка беше обучение на персонала за спазване на тези правила. Това е в основата за създаване на добра организация на целия процес с ясно определяне на отговорностите на персонала, въввлечен в него.

Безопасност на пациентите и на персонала

Световният Алианс за безопасност на пациентите към СЗО (WHO, 2009) определя безопасността като „намаляване на риска за пациента от ненужна или от потенциална вреда, свързана с процеса на оказване на здравната услуга“.

Следователно терминът „безопасност на пациентите“ разкрива тенденцията към осигуряване на условия и извършване на интервенции, които биха довели до постигане на желания резултат за пациентите от процеса на лечение, като вниманието се насочва към целия процес на лечение, по време на който поради слабости в управлението могат да се допуснат сериозни инциденти или медицински грешки.

В условията на пандемия като тази, породена от Covid-19, ясно се открие необходимостта от създаване, внедряване и спазване на следните правила, чрез които да се намали риска от допускане на нежелани инциденти в хода на лечебния процес:

- Правилно определяне на самоличността на пациента – в международната практика (JCI, 2017) се препоръчват два основни идентификатора за тази цел: три имена и дата на раждане на пациента, защото тези признаци остават

непроменливи през целия болничен престой. Категорично не се препоръчва, даже се забранява, като идентификатори на самоличността на пациента да се използват номер на стаята и/или на леглото. Прилагането на тази практика в структури за лечение на Covid-19 инфекция би намалило грешките, например свързани с предаване на трупове на починали пациенти на техните близки.

- Ефективност на вербалната комуникация – препоръчително е тази комуникация да бъде минимално прилагана и даже забранена при назначаване и администриране на лекарства на пациенти с Covid-19 инфекция поради опасност от грешно получаване / интерпретиране на информацията в резултат на стриктното използване на лични предпазни средства. В случай обаче, че се използва, необходимо е да се спазват следните правила (JCI, 2017):
 - предварително да се определят обстоятелствата, в които се налага използване на вербална комуникация (напр., в случай на спешност);
 - при вербално / телефонно назначаване или промяна на медикаментозна терапия медицинска сестра задължително повтаря получената информация, документира я в определена форма и се подписва. Лекарят, извършил назначението, я верифицира в най-кратък срок и с подписа си удостоверява, че е правилна.

Спазването на тези правила би довело до намаляване на риска от грешно предадена или интерпретирана информация, касаеща лечението на пациента, както и на грешките, свързани с администриране на медикаментите.

- Безопасност на хирургичната процедура (интервенция) – в случай, че се налага извършване на хирургична интервенция на пациент с Covid-19 инфекция, необходимо е да се спазват следните правила (ISQua, 2020):
 - препоръчително е пациентът да бъде идентифициран по начин, който да показва, че е с коронавирус, за да може персоналът да използва определените за целта лични предпазни средства – например, на ръката му може да се постави силиконова гривна в определен цвят;
 - необходимо е пациентското досие също да бъде маркирано – напр. да се постави червена точка в единия ъгъл;
 - до и от операционната пациентът се транспортира по специфичен път, който е изолиран от останалите части в болницата, или в точно определени часове, след което се извършва пълна дезинфекция на тези части с продължителност 1 час съгласно утвърдените правила;
 - пациентът да е с маска до момента на неговото / нейното интубиране;
 - хирурзите и останалият операционен персонал, който не е необходим за интубирането на пациента, остава извън операционната до приключване на процедурата от анестезиолога;

- хирургичният екип да носи маски с FFP2/FFP3 филтър;
- след края на процедурата операционната зала да се дезинфекцира, като този процес е с продължителност минимум 1 час.

Спазването на тези правила би довело до намаляване на риска за персонала от заразяване.

- Една от най-стриктните мерки, които се налага в условия на пандемия от вътреболнична инфекция (ВБИ), е свързана с правилно извършване на хигиена на ръцете, използване на лични предпазни средства (ЛПС) и периодична дезинфекция. За ефективно изпълнение на тази мярка е необходимо:
 - провеждане на първоначално обучение на целия персонал (вкл. и на административния) за същността и правилата за хигиена на ръцете, като за медицинския персонал и санитарите това обучение трябва да е периодично – с вътрешни правила се определя на какъв период да се извършва този процес;
 - задължително обучение и на пациентите / техните близки в процеса на хоспитализиране в съответната болнична структура;
 - поставяне на дезинфектанти на видно място (на входа на лечебното заведение, пред всяка болнична стая или до всяко легло; инсталиране на светлини над дезинфектантите или поставяне на закачливи напомнания – необходимо е да се грабне вниманието);
 - добра практика е и разработване на информационни брошури, които да се поставят по местата, където пациентите / техните близки чакат за консултация или прием в лечебното заведение;
 - по отношение на спазването на правилата от персонала – добра практика е поне веднъж в месеца да се извършва проверка от служителя, който отговаря за превенция и контрол на ВБИ, която да се документира в чеклист – целта е не да се отправят обвинения при неспазване на тези правила, а по-скоро да се разкрият възможности за подобрения чрез анализ на основната причина, довела до тяхното нарушаване;
 - стаите за изолация, в които се настаняват пациенти с открита Covid-19 инфекция в хода на хоспитализация до тяхното изпращане в съответните структури трябва да бъдат обозначени с табели и кратки инструкции за необходимите лични предпазни средства, които се използват при тяхното използване.

Провеждането на обучения както на персонала, така и на пациентите / техните близки е добра основа за подобряване на комуникацията на всички нива в лечебното заведение.

- Антимикробна резистентност – това е проблем за нашата здравна система поради „прекомерната употреба на антибиотици, чрез която се създават резистентни към тях бактерии, причиняващи след време тежки, а понякога и фатални инфекции“

(Николова, 2022). Като резултат, у нас 3% от лекуваните в болница пациенти се заразяват с ВБИ (Николова, 2022). В условия на пандемия, предизвикана от Covid-19, се отчита неконтролируемо увеличаване на употребата на антибиотици – в България 75% от заразените са приемали поне един антибиотик при едва 7% от болните от тази инфекция са имали нужда от антибиотично лечение според световната статистика (Николова, 2022). Авторката посочва също, че по данни на ECDC страната ни е в топ 5 на страните с най-голяма употреба на антибиотици на глава от населението в ЕС и единствената, която бележи ръст от средно 2.4% годишно в нарастване на приема на тези лекарства. Всички тези данни изискват предприемане на сериозни действия за промяна на тенденциите както на национално ниво, така и на ниво лечебно заведение. Някои от мерките, върху които може да се помисли, са:

- Всяко лечебно заведение да разработи или да ревизира действащата антибиотична политика с цел да се прецизира употребата на антибиотици.
- Понастоящем у нас е налице процес на отчитане на ВБИ в лечебните заведения, но на него се гледа предимно като изготвяне на поредната статистическа справка, която се изисква и подава към съответната държавна институция. Необходимо е и тук да се приеме принципа, който беше разгледан при отчитане на медицинските грешки – а именно, да се анализира и търси основната причина за появата на ВБИ и след това да се предприемат действия за извършване на подобрения. Това може да доведе до важни изводи относно антимикробната резистентност и до размисъл за нивото на предписваните антибиотици.
- Клиничен фармацевт – този специалист е задължителен за определени лечебни заведения за болнична помощ съгласно българското законодателство⁶. Неговата основна функция е откриване, анализ и предотвратяване на потенциални нежелани реакции и взаимодействия между текущата (ако има такава) и предписаната лекарствена терапия, диета и други екзогенни и ендогенни фактори. Международната практика е доказала ролята на клиничния фармацевт за намаляване на продължителността на болничния престой, рехоспитализация, нежеланите реакции и грешки, разходите за лечение и оптимизиране на терапията. Следователно, той може да участва и да допринесе за определяне на правилната антибиотична терапия.
- Отчитане на медицинските грешки – както вече беше посочено, внедряването на този процес е една от индикациите за наличие на култура на доверие в лечебното заведение. Това също означава, че се прилага системния подход, при който вниманието е насочено не толкова към търсене на „кой е виновен“, а „какво и

⁶ Наредба № 28 от 9 декември 2008 г. за устройството, реда и организацията на работата на аптеките и номенклатурата на лекарствените продукти

защо се е случило“, т.е. фокусът е върху отстраняване на основната причина, довела до допускане на медицинската грешка / инцидент и до търсене на възможности за подобрения в системата.

В условия на кризисни ситуации, каквато е тази, породена от Covid-19, много често се получава информация за нежелани инциденти и фатални изходи за пациентите. Непознаването на вируса, създаденият стрес и липсата на добри правила за организация на процесите на ниво лечебно заведение води до прилагане на персоналният подход при решаване на тези проблеми, т.е. акцентира се върху грешка, допусната от определен човек поради невнимание, разсеяност, незнание, небрежни действия. Обаче, с обвиняването на някого проблемът не се отстранява и е възможно същата грешка да бъде отново допусната. Тези, които са в системата на здравеопазването, са сред най-интелигентните, образовани и отдадени на работата си професионалисти (Reason, 2000). Никой не е застрашен от допускането на грешки, които „могат да се причинят и от най-добрия специалист или в най-добрата организация“ (Reason, 2000). Следователно, проблемът не е в човека; проблемът е в това, че системата трябва да бъде направена по-сигурна и безопасна. „Една организация никога няма да подобри процесите си, ако смята, че хората са проблем.“ (Larry Hansen). Целта на процеса на отчитане на медицински грешки / нежелани инциденти не е да се отправят обвинения и да се налагат наказания, а да се извлекат поуците и да се предотврати повторното допускане на същите грешки в бъдеще (Попова, 2012).

Решаването на въпросите, свързани с безопасността на пациентите, изисква ангажираност на първо място на ниво министерство на здравеопазването. Необходимо е да се вземат под внимание препоръките в тази област на международните институции като Съветът на Европа (2009), СЗО (2021), които се изразяват в следните действия:

- разработване на национален план / стратегия за безопасност на пациентите;
- въвеждане на система за отчитане на медицинските грешки / нежелани инциденти;
- обучение на персонала.

В редица страни се наблюдават инициативи, свързани с изпълнение на тези препоръки. Като член на европейската общност е необходимо да се предприемат съответни действия и в нашата страна.

Психично здраве на персонала, който лекува пациенти с COVID-19

Това може би е областта, върху която най-малко се акцентира в условия на пандемия, в резултат на което често се наблюдават ситуации на професионално прегряване (burnout).

Според експерти (ISQua, 2020), с Covid-19 са свързани няколко фактори, които оказали негативно влияние върху психиката на медицинския персонал:

- страх от заразяване;
- страх за семейството;

- свидетел на смърт на колега;
- продължителна изолация от близките хора;
- продължителност на епидемията.

Също така, счита се, че стресът сред медицинските сестри е по-голям поради тяхната продължителна и непрекъсната грижа за пациентите, някои от които се влошават независимо от положените усилия (ISQua, 2020).

Затова за преодоляване на стреса е необходимо непрекъснато обучение (първоначално и периодично) на персонала, което позволява неговото по-лесно разпознаване и осъзнаване, за да се предприемат навременни мерки за намаляването му. От значение са също лидерството, екипната работа и добрата колаборация между всички, което води до създаване на ефективна организация на лечебния процес. Осигуряването на онлайн комуникация с близките хора също допринася за овладяване на стреса. Грижата за пациента започва от грижата за персонала.

Психологическа помощ и комуникация с пациентите с Covid-19 инфекция

Поставянето на пациентите в центъра на здравната система през последните години изисква и поддържане на добра комуникация с тях / техните близки с цел правилно да се оценят нуждите и потребностите, да се предостави необходимата информация за лечението, да се прояви уважение и разбиране за начина, по който пациентите се чувстват в лечебното заведение. Това е от изключително значение в условия на пандемия, когато е налице по-голяма продължителност на болничния престой, силен психологически стрес и дори поява на реакции на страх, гняв, отчаяние, безпомощност. Комуникацията в такива моменти е трудна и за самите медицински специалисти, но неизбежна и крайно необходима, защото сама по себе си може да се приеме и като оказване на психологическа помощ на пациентите. Също така, тя спомага навреме да се предвиди появата на стрес и да се предприемат съответните мерки за неговото задълбочаване. Затова, когато състоянието на пациентите го позволява, необходимо е те да бъдат информирани на разбираем за тях език за хода на лечението им, за извършване на правилна хигиена на ръцете, за необходимостта да ограничават достъпа си до медийни източници, както и да бъдат мотивирани с действията си да бъдат активни участници в лечебния процес, което би довело до по-бърз и благоприятен изход за самите тях.

РЕЗУЛТАТИ

„Не може да се управлява и подобри това, което не може да се измери“ (Деминг).

Тази мисъл на Едуард Деминг ясно разкрива значението на данните и техния анализ в процеса на вземане на управленски решения и извършване на подобрения.

Пандемията от Covid-19 наложи използването на нови индикатори за структура, процес и резултат както на национално ниво, така и на ниво лечебно заведение (например, брой легла за лечение на пациенти с Covid-19, % на хоспитализация на пациенти с Covid-19, болнична

смъртност от COVID-19, % на заразен персонал с COVID-19, % на пациентите с придружаващи заболявания, др.). Въпросът е доколко техният анализ на ниво лечебно заведение се използва като основа за вземане на решения или отново е налице процес на изготвяне на поредната статистическа справка, която се изисква и подава към съответната държавна институция.

В статията се разглеждат два начина за нагледно представяне на данните, което би улеснило тяхното интерпретиране и би мотивирало използването им в управленския процес на ниво лечебно заведение.

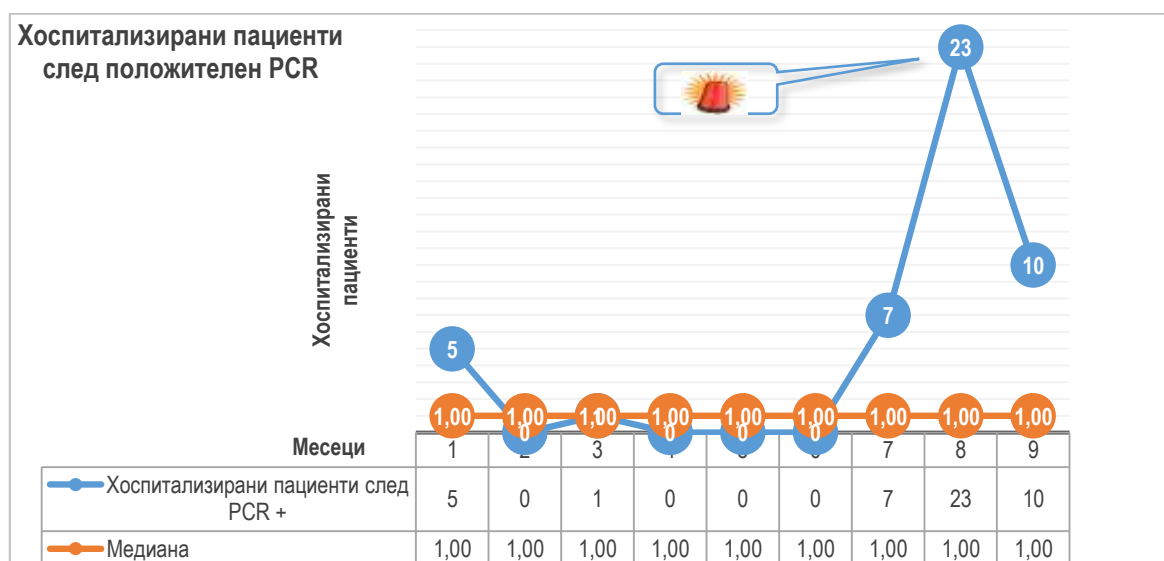
- Информационно табло⁷ – представлява таблица, в която са представени избраните индикатори; данните по тях за всяко тримесечие и таргета, който да се постигне. Допълнително могат да се добавят колони с информация за кратък коментар / анализ и предприетите действия. Идеята е нагледно да се представят в различни цветове (зелено, жълто, червено) постигането или отклоненията от желания таргет, което позволява по-лесното интерпретиране и използване на данните. В таблица 2 е представен пример:

Таблица 2. Пример за използване на индикаторите за вземане на управленски решения и за извършване на подобрения

№	Индикатор	Таргет / Цел	Изпълнение по тримесечия				Анализ 20.. г.	Действия
	Инфекции, придобити в резултат на хирургична интервенция	≤0.50 >0.50	0.94%	0.88%	2.31%	1.52%		
	Катетър асоциирани уроинфекции (CAUTI)	≤1.40 >1.40	0.00	2.98	2.82	2.36		
	Спазване на правилата за хигиена на ръцете	≥100% <100%	25%	45%	68%	81%		
	Правилна употреба на ЛПС при влизане в / излизане от изолационна стая	≥100% <100%	87%	95%	89%	96%		

- Run chart – този статистически инструмент е въведен от Walter A. Shewhart за анализиране на обичайната / най-често срещана (common cause) или на извънредната (special cause) вариация (INI, 2017) в процесите. Обичайната вариация е тази, която може да се очаква в хода на извършване на дейностите. Извънредната вариация е резултат от обстоятелства, които не са специфични за процеса. Тя е знак, че е необходимо да се предприемат незабавни действия. На фиг. 2 е представен пример за използване на този инструмент:

⁷ Hospital dashboard

Фигура 2. Пример за използване на Run chart

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следователно, дори и в пандемични условия от значение е не само фокусът върху управлението на самата пандемия, но и върху качеството и безопасността на медицинското обслужване – област, която определено беше пренебрегната. И резултатът от това беше недобрата организация на лечебния процес в болниците, която от своя страна доведе до силен психологически стрес както сред пациенти, така и сред персонала; невъзможност пациенти с други заболявания (извън Covid-19 инфекцията) да получат достъп до спешните центрове и кабинети или адекватно лечение поради наложените ограничения или недостиг на персонал, който беше насочен към новосъздадените структури. Само, че дори и в ситуация, когато фокусът е насочен към овладяване на пандемията и всичко останало не е приоритет, предоставянето на здравни грижи с необходимото качество за всички пациенти не трябва да се negliжира (Braithwaite, 2021). Защото основните черти на успешните здравни системи са да бъдат адаптивни, гъвкави, издръжливи и да отговорят на потребностите на населението (Braithwaite, 2021).

Концепциите и инструментите, които се използват за управление на качеството и безопасността на пациентите, могат да бъдат прилагани в условия на кризисни и пандемични ситуации, каквато в момента е Covid-19 инфекцията. Това ще позволи стандартизиране на процесите, което от своя страна води до намаляване на различията при извършване на дейностите, както и на нивото на допускане на грешки. Също така, вземането на решения ще се основава на доказателства.

Този процес изисква ясна визия за развитие на системата у нас, лидерство, нова организационна култура, въвличане на всички партньори (медицински специалисти, мениджъри, пациенти, финансови институции и тези, които разработват здравната политика) и отговорност. Необходимо е и непрекъснато обучение на персонала и на пациентите, което

ще доведе до подобряване на комуникацията на всички нива в лечебното заведение. Като резултат може да се очаква по-добра и бърза адаптация към новите условия, което ще намали стреса и ще увеличи ефективността и ефикасността при извършване на дейностите.

Промяната отнема време и търпение, но българските граждани като членове на Европейската общност, я заслужават.

БИБЛИОГРАФИЯ

Вълков, А. (2014). Управление на качеството на здравните услуги: интегриране на производствената и потребителската ориентация, в Делчева, Е. и кол. Инструменти за повишаване на качеството на публичните услуги. *ИК УНСС*, с. 149-191 [Valkov, A. (2014). *Upravlenie na kachestvoto na zdravnite uslugi: integrirane na proizvodstvenata i potrebitelskata orientatsia*. // v Delcheva, E. i kol. *Instrumenti za povishavane na kachestvoto na publichnite uslugi*. IK UNSS, s. 149-191]

Вълков, А., Л. Станчева. (2021). Интегриран подход към измерителите на качеството на здравните грижи, *Knowledge, International Journal, Scientific Papers*, Vol. 46 (5), Institute of Knowledge Management, Skopje, 2021, pp. 823-834 [Valkov, A., L. Stancheva. (2021). *Integriran podhod kam izmeritelite na kachestvoto na zdravnite grizhi*, Knowledge, International Journal, Scientific Papers, Vol. 46 (5), Institute of Knowledge Management, Skopje, 2021, pp. 823-834]

Николова, Д. (2022). Опасната атака на антибиотиците в България. www.capital.bg. [Nikolova, D. (2022). *Opasnata ataka na antibiotitsite v Bulgaria*. www.capital.bg]

Попова, М. (2012). Медицинските грешки – персонална вина или проблеми на мениджмънта. *Здравна икономика и мениджмънт*, бр. 3 (45). ИК „Стено“ [Popova, M. (2012). *Meditinskite greshki – personalna vina ili problemi na menidzhmanta*. *Zdravna ikonomika i menidzhmant*, br. 3 (45). ИК „Steno“]

Braithwaite, J. (2021). Quality of care in the COVID-19 era: a global perspective. *International Journal of Quality in Healthcare*. 1(1), 1-3

Busse, R., N. Klazinga, D. Panteli, W. Quentin. (2019). Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. *OECD. EU Observatory*

Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. (2005). *The Milbank Mem Fund Q*. Vol.83, N4, (pp. 691-729). Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Q*, Vol. 44, N3, 1966. (pp. 166-203)

ЕС. (2014). Special Eurobarometer 411. Patient Safety and Quality of Care. *TNS Opinion and Social*

Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC. *National Academy Press*

IHI. (2017). *QI Essentials Toolkit. Run Chart & Control Chart*. www.ihl.org. (последен достъп на 30.11.2018 г.)

ISQua. (2020). *Patient Safety Recommendations*

Kohn, L. T., J. M. Corrigan, et al., Eds. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC. *National Academy Press*

- NPSF. (2015). Free from harm: Accelerating patient safety improvement 15 years after „To Err is Human.“ www.npsf.org [12.12.2015]
- Reason, J. (2000). Human errors: models and management. *BMJ*. p. 768-770
- Smits, M. (2009). Unintended events in hospitals. Causes and the role of patient safety culture. *NIVEL*. p. 16
- The Joint Commission. (2015). Sentinel Alert Event. *Issue 55*
- The Joint Commission International. (2017). Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition
- WHO, OECD, WB. (2018). Delivering Quality Health Services: a global imperative for universal health coverage
- WHO. A World Alliance for Safer Health Care. (2009). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report
- WHO. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021 – 2030. <https://www.who.int/publications/> [08.03.2022]

ОТГОВОРНОСТ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ВРЕДИ, ПРИЧИНЕНИ ОТ ВЪТРЕБОЛНИЧНИ ИНФЕКЦИИ

Мария Шаркова¹, УНСС

Резюме

Вътреболничните инфекции засягат сериозно качеството на медицинската помощ, която се оказва на пациентите, тъй като нарушават правото им на безопасно лечение. Те представляват сериозен общественоздравен проблем, но могат да доведат до сериозни последици за лечебните заведения при настъпване на увреда на пациент, причинена от ВБИ и подлежаща на обезщетяване.

Статията разглежда правната регулация на профилактиката и контрол на ВБИ в България, като представя данни от собствено проучване на съдебните спорове, касаещи причиняване на вреди на пациенти, настъпили в резултат на заразяване с ВБИ. Анализира се ролята на съдебните спорове и тяхното отражение върху адекватния контрол на нозокомиалните инфекции, като се предлагат някои възможни решения на изложените проблеми.

Ключови думи: *вътреболнични инфекции, безопасност на пациента, качество на медицинска помощ.*

LIABILITY OF HEALTHCARE FACILITIES FOR DAMAGES, CAUSED BY HOSPITAL – ASSOCIATED INFECTIONS

Mariya Sharkova², University of National and World Economy

Abstract

Hospital-associated infections seriously affect the quality of medical care provided to patients, as they violate their right to safe treatment. They are a severe public health problem and can have serious consequences for healthcare facilities in the event of an injury to a patient caused by HAI and are subject to compensation.

The article examines the legal regulation of the prevention and control of IBD in Bulgaria, presenting data from its litigation study concerning the infliction of harm to patients resulting from infection with IBD. Litigation's role and impact on the adequate control of nosocomial infections are analyzed, and some possible solutions to the presented problems are offered.

Key words: *Hospital-associated infections, patient safety, quality of medical care.*

¹ Мария Шаркова е докторант в Катедра по частноправни науки, Юридически факултет на УНСС, адвокат от Адвокатска колегия – Пловдив и събственик на Адвокатско дружество „Шаркова и партньори“, специализирало в областта на здравеопазването. .

² Mariya Sharkova is PhD Candidate at the Department for Private Legal Studies at the Law Faculty of University for National and World Economy, member of Plovdiv Bar Association and owner of Attorney at Law Company Sharkova and Partners, specialized in the fields of healthcare

ВЪВЕДЕНИЕ

Вътреболничните (нозокомиални) инфекции (ВБИ) представляват сериозен общественоздравен проблем в целия свят. По данни на Световната здравна организация (СЗО)³ във всеки един момент около 1,4 млн. пациенти по света имат усложнения, настъпили в резултат на инфектиране по време на лечение, като годишно около 8.7% от пациентите се заразяват с инфекция по време на болничен престой. Най-често срещаните инфекции са тези, асоциирани с използването на централен венозен катетър, на хирургични рани, на уринарния тракт (свързани с използването на катетър) и пневмонията (особено при интубирани пациенти)⁴.

Нозокомиалните инфекции са общественоздравен проблем, тъй като водят до увеличен болничен престой на пациентите и допълнителни разходи за тяхното лечение (по данни на СЗО разходите в Европа възлизат на 7 млрд. евро годишно)⁵. Те засягат правото на пациента на безопасно лечение, което е гарантирано от чл. 86, ал. 1, т. 10 от Закона за здравето (ЗЗ) и могат да увредят пациентите и дори да причинят смърт. Пациентите, които са претърпели вреди по време на лечението си, имат право да бъдат обезщетени, ако са инфектирани в резултат на противоправно действие или бездействие. Следователно контролът върху ВБИ е важен елемент от управлението на лечебните заведения, защото има пряко отражение върху общественото здраве, както и върху качеството на медицинската помощ, оказвана на всеки един пациент.

В настоящата статия анализираме правната уредба, касаеща ВБИ и изискванията към лечебните заведения да ги контролират и предотвратяват, като същевременно ще бъде анализирана съдебната практика на съдилищата по дела, свързани с обезщетения на пациенти за причинени вреди, настъпили в резултат на ВБИ. Целта е да се подчертае важноста на този проблем и да се обяснят рисковете за лечебните заведения при неупражняване на адекватен контрол върху ВБИ. Освен това е необходимо да се анализира дали действащата регулация е достатъчна да осигури качествено и безопасно лечение на пациентите и да се намали броят и честотата на ВБИ или са необходими промени в законодателството.

I. ВЪТРЕБОЛНИЧНИ ИНФЕКЦИИ: ДЕФИНИЦИИ И ПРАВНА УРЕДБА

1. Дефиниции

Вътреболничните инфекции са означавани още като *инфекции, свързани с оказване на медицинска помощ*⁶ според дефинициите на Центъра за контрол на заболяванията (CDC), а СЗО ги нарича *придобити в болниците инфекции*⁷.

³ <https://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf>

⁴ <https://www.cdc.gov/hai/infectiontypes.html>

⁵ https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf

⁶ <https://www.cdc.gov/winnablebattles/report/HAIs.html>

ВБИ са дефинирани в Наредба No 2/2015 г. за организацията на профилактиката и контрола на вътреболничните инфекции (Наредбата)⁸ и в медицинският стандарт по превенция и контрол на ВБИ, утвърден с Наредба No 3/2013 г. (Стандарта), като са наричани още и нозокомиални инфекции.

От анализа на съдържащите се в посочените подзаконови нормативни актове разпоредби може да се изведат следните критерии, при наличието на които се приема, че е налице нозокомиална инфекция:

1.1. Да е налице **инфекция**, основана на клинични и лабораторни данни. Инфекцията се проявява чрез поява на локални или системни признаци за инфекция като реакция към наличието (инвазията) на микроорганизми или техните токсини⁹. Възможно е инфекцията да се установи като се вземат предвид и други диагностични изследвания (образни), ендоскопски, биопсии, пункции, директно наблюдение по време на операция.

1.2. Инфекцията да е настъпила **по време на или след медицинско обслужване**. В случай, че инфекцията е настъпила след приключване на медицинското обслужване, тя може да се приеме за вътреболнична, ако е настъпила в определен срок след края му. Например инфекция на мястото на извършена инцизия, засягаща само кожата и/или подкожната тъкан, която се е появила до 30 дни след операцията, може да се приеме за ВБИ.

1.3. Инфекцията да **не е била в инкубационен период или да е настъпила преди началото на медицинското обслужване**. Няма да е налице ВБИ, ако инфекцията е съществувала към момента на приемането в лечебното заведение за болнична помощ.

1.4. Инфекциите следва да отговарят на **критериите**, посочени в т. 7 - 10 от Стандарта (индикативни инфекции, други инфекции, системни инфекции и допълнителни дефиниции за пациенти под 1 г. възраст).

2. Организация на дейностите по надзор, профилактика и контрол на ВБИ:

Дейностите са дефинирани в Стандарта и включват дейности по надзор¹⁰, профилактика (превенция)¹¹ и контрол на ВБИ.¹²

⁷ <https://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf>

⁸ Чл. 4. ал. 1 и 2 и чл. 5 от Наредба No 2/2015 г. за организацията на профилактиката и контрола на вътреболничните инфекции

⁹ т. 6. от Наредба No 3/2013 г. за утвърждаване на медицинският стандарт по превенция и контрол на ВБИ

¹⁰ т.2.1. Наредба No 3/2013 г. за утвърждаване на медицинският стандарт по превенция и контрол на ВБИ: представлява системно проучване, регистриране и анализ на медицинската информация с цел планиране и провеждане на противоепидемични мерки и мерки за ограничаване на антимикробна резистентност, оценка на тяхната ефективност, както и осигуряване на обратна връзка до всички звена, участващи в надзора.

¹¹ т.2.2. от Наредба No 3/2013 г. за утвърждаване на медицинският стандарт по превенция и контрол на ВБИ: на ВБИ е прилаган комплексен подход, който включва специфични елементи, насочени към защита на пациентите и персонала на лечебните заведения с цел ограничаване до възможния минимум възникването и разпространението на ВБИ.

¹² т.2.4 от Наредба No 3/2013 г. за утвърждаване на медицинският стандарт по превенция и контрол на ВБИ: на епидемичен взрив от ВБИ представлява предприемане на предварително планирани мерки, включващи провеждане на епидемиологично проучване, определяне на идентичността на причинителите, оценка на риска, анализ на цялата налична информация и предприемане на мерки за предотвратяване на по-нататъшното разпространение на инфекцията. След приключване на възникнал взрив от ВБИ на базата на ретроспективен

Няколко са субектите, които имат правомощия в областта на надзора и профилактиката на ВБИ. Министерството на здравеопазването (МЗ) осъществява националната политика и организира дейностите на здравната система по профилактика и надзор на вътреболничните инфекции. Дейността му се подпомага от следните структури:

Експертен съвет по профилактика и контрол на вътреболничните инфекции, който представлява специализиран експертно-консултативен орган на Министерството на здравеопазването, който регулярно анализира данните, постъпващи от системата за надзор на ВБИ, и препоръчва мерки и действия при определяне на националната политика в областта на контрола на тези инфекции. Експертният съвет по профилактика и контрол на ВБИ съвместно с дирекция „Надзор на заразните болести“ в Министерството на здравеопазването обобщава данните от надзора на ВБИ и препоръчва национални стратегии и добри практики за ограничаване на възникването и разпространението на ВБИ.

Референтен център по вътреболнични инфекции (РЦ - ВБИ) - координира дейностите, свързани с надзора на вътреболничните инфекции, поддържа постоянна готовност за незабавна реакция и организиране на отговор при възникване на епидемични взривове, поддържа и непрекъснато обновява база от научни данни от водещи световни научно-медицински центрове, координира дейността на националната информационна система за ВБИ, участва в обучението на специалистите, ангажирани в контрола на нозокомиалните инфекции. Референтният център по ВБИ консултира и периодично изготвя информации и препоръки на регионално и локално ниво с цел ограничаване честотата на ВБИ в лечебните заведения.

Националният център по заразни и паразитни болести и висшите медицински училища и колежи - извършват научноизследователска дейност по проблемите на превенцията на ВБИ и осъществяват квалификацията и продължаващото обучение на медицинските кадри.

Регионалните здравни инспекции (РЗИ) осъществяват методично ръководство и контрол върху дейността по профилактика на ВБИ в лечебните заведения и на всеки тримесечен период проверените и коригираните сведения от лечебните заведения в Националния център за здравна информация. Освен това всяка РЗИ изготвя годишен епидемиологичен анализ на ВБИ, възникнали във всички лечебни заведения на територията на областта, и го изпраща до 31 март следващата година в РЦ - ВБИ и в Министерството на здравеопазването. Референтният център по ВБИ консултира и периодично изготвя информации и препоръки на регионално и локално ниво с цел ограничаване честотата на ВБИ в лечебните заведения.

анализ се оценява ефективността на предприетите мерки и се оптимизират стратегиите за превенция на последващи взривове.

II. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ПРОФИЛАКТИКАТА И КОНТРОЛ НА ВЪТРЕБОЛНИЧНИ ИНФЕКЦИИ

1. Задълженията на лечебните заведения са уредени подробно в Наредбата и Стандарта и включват дейности по профилактика, надзор и контрол на ВБИ. Ръководителите на лечебните заведения отговарят за цялостната дейност по профилактика и надзор, като са длъжни да регламентира подробно посочените дейности в различни вътрешни актове (годишна програма за профилактика и контрол на ВБИ и ограничаване на АМР), както и да определят лекар и специалист по контрол на инфекциите и комисия по контрол на ВБИ. Освен това ръководителят на лечебното заведение е длъжен да обезпечи дейностите по профилактика и контрол на ВБИ като осигури необходимата за това материална база, средства и условия, както и да изпраща съответните тримесечни известия до РЗИ за индикаторните ВБИ.

2. Лекарят и специалистът по контрол на ВБИ имат конкретни задължения, касаещи контрола върху ВБИ, определени в чл. 11 от Наредбата, сред които да осъществяват контрол върху приложението на стандартните и допълнителните (специфичните) профилактични мерки, да извършват **проучвания** за разкриване на заболяемостта от ВБИ, да следят динамиката на заболяемостта от ВБИ и да предлагат **мерки за предотвратяване на епидемични взривове, да анализират** на всяко тримесечие заболяемостта от ВБИ и внасят анализа за обсъждане от комисия по ВБИ, да изготвят и представят на ръководителя на лечебното заведение тримесечно сведение за ВБИ за изпращане в РЦ - ВБИ и РЗИ, както и да контролират пълното и точното водене на книгата за регистрация на ВБИ в отделенията (клиниките) на лечебното заведение.

3. Комисиите за борба с ВБИ са уредени в чл. 78 от Закона за лечебните заведения и имат важни функции, свързани с изготвяне на планове за профилактика на ВБИ, упражняване на системен контрол върху болничната хигиена, извършването на анализи на заболеваемостта от ВБИ и контрол върху регистрацията и активното издирване на нозокомиални инфекции.

4. Персоналът с ръководни функции в лечебното заведение също има важна роля при осъществяването на дейностите по профилактика и контрол на ВБИ. Сред тях са началниците и старшите сестри на клиниките и отделения и главната медицинска сестра. Посочените по-горе изисквания следва да не се изпълняват само формално, а да се осигури реален контрол върху разпространението на нозокомиални инфекции чрез тяхното активно издирване и регистриране, като в Наредбата се съдържат подробни указания за необходимите действия по регистрация на инфекции, съмнителни за ВБИ. Това е така, защото лошият контрол върху ВБИ води до нарастване на тяхното разпространение и до сериозни последици за пациентите, тъй като се нарушава правото им да получат качествена и безопасна медицинска помощ.

III. ПРАВНИ ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕСПАЗВАНЕ НА ЗАДЪЛЖЕНИЯТА ЗА ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ НА ВЪТРЕБОЛНИЧНИ ИНФЕКЦИИ

Качеството на медицинската помощ се дефинира от СЗО като степента, до която медицинската помощ, предоставяна на отделни пациенти или пациентски популации, постига желаните здравни резултати¹³. Постигането им изисква медицинската помощ да отговаря на няколко критерия: да бъде **безопасна**, ефективна, ефикасна, своевременна, справедлива и да поставя пациента в центъра на медицинската грижа¹⁴.

Ето защо осигуряването на безопасна медицинската помощ е пряко свързано с качеството здравните услуги. По данни на СЗО нежеланите събития¹⁵, настъпващи при или по повод оказване на медицинска помощ в световен мащаб, са на 14-то място сред причините за заболяемост и смърт заедно с туберкулозата и маларията. Приема се, че при 421 милиона хоспитализации годишно в лечебните заведения настъпват приблизително 42,7 милиона нежелани събития¹⁶, сред които са и ВБИ.

Предоставянето на некачествена медицинска помощ поред съдебната практика на съдилищата в Република България е основание за ангажиране на гражданската отговорност на медицинските специалисти и лечебните заведения. Следователно, некачествената медицинска помощ нарушава правото на безопасност на пациента.

В настоящата статия е извършен преглед на съдебната практика, касаеща съдебни спорове, възникнали по повод заразяване на пациенти с ВБИ и свързаните с това обезщетения за вреди. Изследвани са над 600 дела, заведени срещу лечебни заведения и/или медицински специалисти за различни увреждания, включително смърт, настъпили по време на или при оказване на медицинска помощ.

Съдебната практика¹⁷ приема, че предоставянето на некачествена медицинска помощ представлява противоправно деяние, елемент от фактическия състав на деликта. Най-често това противоправно деяние се изразява в нарушаване на правила, свързани с установените от **медицинската наука и практика методи и технологии**¹⁸, с утвърдените **медицински**

¹³ Повече по въпроса за управлението на качеството на медицинската помощ виж: Valkov, A., L. Stancheva, Health Care Quality Measures: Integrated Approach, Knowledge, International Journal, Scientific Papers, Vol. 46 (5), Institute of Knowledge Management, Skopje, 2021, pp. 823-834, ISSN: 1857-923X (e-version), ISSN: 2545-4439 (print)

¹⁴ "The extent to which health care services provided to individuals and patient populations improve desired health outcomes. In order to achieve this, health care must be safe, effective, timely, efficient, equitable and people-centred."

¹⁵ Нежеланото събитие (adverse event/sentinel event) се дефинира като неумишлено увреждане на пациента изразяващо се в причиняване на смърт, телесна повреда или необходимост от допълнително лечение в болница, което не е свързано с развитието на заболяването, във връзка с което е получил медицинска помощ, а с цялостното медицинско обслужване. Нежеланите събития могат да бъдат непредотвратими и предотвратими. Patient safety definitions, Institute for Healthcare Improvement, <https://www.npsf.org/page/dictionaryn>

¹⁶ <http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>, посетена на 01.03.2022 г. „Приема се, че вероятността на да пострадаш при самолетна катастрофа е 1:1000 000, докато вероятността пациентът да пострада при или по повод оказване на медицинска помощ е 1:300“.

¹⁷ Решение № 57/06.01.2015 г. по гр. д. № 5235/2011 г. на Софийския градски съд; Решение № 2297/21.03.2016 г. по гр. д. № 7607/2012 г. на Софийския градски съд и др.

¹⁸ Чл. 79 от ЗЗ;

стандарти¹⁹ по съответна медицинска специалност и с основните принципи на правото на медицинската помощ – **своевременност, достатъчност и качество**²⁰.

Изследването на посочените дела дава основание да се приеме тезата, че в обхвата на некачествената медицинска помощ от гл. точка на противоправното деяние могат да се включат разнообразни по вид нарушения на отделни права на пациента и правила за поведение, отнасящи се към целия диагностично – лечебен процес - диагностика, извършването на отделни манипулации, наблюдение, лечение с медикаменти, профилактика и прочее. В нейният обхват се включват и нарушения на правото на личното достойнство на пациента, на правото на предотвратяване на болката, включително на правото на безопасна и сигурна медицинска помощ. **Правилата за профилактика и контрол на ВБИ** са пряко свързани именно с правото да пациента да му бъде осигурена неговата безопасност при оказване на медицинска помощ.

Пациентите имат право на обезщетение в случаите, в които са претърпели вреди, в резултат на нарушаване на различни права, установени в ЗЗ. Сред тях е важно да се посочи включително при нарушаване на споменатото право на сигурност и безопасност при осъществяване на лечението²¹. Чрез него се гарантира провеждането на различни лечебни и диагностични процедури, по начин, който не създава риск за пациента. Например, използване на изправна апаратура; наличие на безопасна инфраструктура в лечебните заведения; осигуряване на изискуемите хигиенни условия за оказване на медицинска помощ; защита срещу заразяване с вътреболнични инфекции (ВБИ); създаване на правила, недопускащи забравяне на чужди тела в организма и прочее.

Когато се установи наличие на ВБИ съгласно дефинициите, разгледани по-горе в т. I, съдебната практика приема, че болничното заведение е длъжно да докаже, че е взело необходимите за **преодоляване на риска мерки**, за да се освободи от отговорност. Изискването е лечебното заведение или медицинският специалист да докажат, че от страна на медицинския или друг служебен персонал са спазени всички изисквания за противодействие на риска, в същата степен, в която всеки възложител, упражняващ дейност при повишен риск, следва да докаже наличието на регламент за спазването на конкретни предписания от своите служители във връзка с безопасността, опазването на живота и здравето на засегнатите от рисковата дейност лица²².

Така в разгледаните нашето проучване дела се установява, че инфектирането на пациент по време на лечение ще се приеме за противоправно, ако **не е създадена необходимата организация, предотвратяваща подобно заразяване** (вж. т. III).

В едно от проучените дела съдът приема, че от представените по делото официални свидетелстващи документи – Сигнална справка, Предписание и Съобщение за констатирани нарушения, които не са оспорени и материалната им доказателствена сила не е опровергана

¹⁹ Чл. 80 от ЗЗ;

²⁰ Чл. 81, ал. 2, т. 1 от ЗЗ;

²¹ Чл. 86, ал. 1, т. 10 от ЗЗ

²² Гр. д. № 4807/2017 г. на ВКС, III г.

от доказателствата по делото, е установено, че заболяването на ищеца е било причинено от вътрешно-болнична инфекция, **чието разпространение е било причинено от бездействието на длъжностни лица, посочени в документите на СРЗИ.** По делото се приема, че категорично са установени нарушения на чл. 13, 16, 19 и 20 от Наредба № 2 за профилактиката и контрола на ВБИ на МЗ от 2005 г., причинната връзка и вредата, а вината на конкретно посочените длъжностни лица се предполага съгласно чл. 45 ЗЗД.²³ По отношение на определянето на една инфекция като ВБИ, съдът приема, че следва да се прецени в какво състояние е приет пациентът и съответно кога е придобил тази инфекция. Когато ищецът е постъпил без данни за инфекция и не е извършвал действия, които биха могли да бъдат източник на самоинфектиране, следователно инфекцията е вътреболнична.²⁴ В случаите, при които се установи, че инфекцията е с вътреболничен произход, медицинските специалисти и лечебните заведения следва да докажат, че са спазили изискуемите правила за безопасност. *[Стандартът] урежда презумпция за възникване на инфекцията като вътреболнична, ако се е проявила по време на престоя в лечебното заведение и определен период след това. Ето защо, съдът намира за установено по делото, че е налице нарушение на медицинския стандарт на ответника свързан с превенцията на вътреболничните инфекции*²⁵.

Тук трябва да се подчертае, че не са ВБИ случаи на остри заразни болести, когато инфекцията е съществувала или е била в инкубационен период към момента на постъпване на пациента в лечебното заведение и няма връзка с предшестващо медицинско обслужване. В някои случаи се установява, че пациентът е имал **носителство** на бактерията в организма му преди хоспитализацията, което е станало причина за инфекцията.²⁶

В световен план, в последните 20 години, се наблюдава тенденция към постепенното увеличаване на броя на съдебните спорове, възникващи по повод настъпило увреждане на пациент, свързано с лечение²⁷. В България за периода 2015 – 2021 г. се наблюдава трайно нарастване на средния брой съдебни искове за обезщетение на пациенти за вреди, настъпили при оказване на медицинска помощ в сравнение с периода от 2007 г. до 2014 г.²⁸, включително броя на делата, касаещи вреди, настъпили от ВБИ.

²³ Решение от 29.10.2014 г. по гр. д. № 754/2014 г. на ВКС; свързани дела: гр. д. № 6964/2010 г. на Софийския градски съд и в. гр. д. № 1032/2013 г. на Софийския апелативен съд.

²⁴ Решение по гр. дело № 8227/2015 г. на Софийския градски съд; свързани дела: гр. дело № 56568/2012г. на Софийския районен съд.

²⁵ Решение по гр. дело № 16446/2015 г. на Софийския градски съд; свързани дела: в. гр. дело № 6392/2017 г. (висящо пред Апелативен съд – София към 31.12.2018 г.)

²⁶ Решение от 22.04.2015 г. по гр. д. № 534/2014 г. на Окръжния съд – Враца, свързани дела: в. гр. д. № 2301/2015 г. на Софийския апелативен съд и гр. д. № 1254/2017 г. на ВКС, насрочено за разглеждане в з.з за 5.10.2017 г.

²⁷ A.V. Jena and others, “Physician spending and subsequent risk of malpractice claims (2015) 351 BMJ h551; Вж. също и D.M.Studdert and others “Prevalence and Characteristics of Physicians Prone to Malpractice Claims (2016) 374 NEJM 354-362”, Australia”, bmj Quality and Safety in Health Care 22 (2013) 532-540. ‘

²⁸ Авторът на статията е изследвал съдебните актове, постановени по 580 съдебни дела, образувани пред българските съдилища срещу лечебни заведения и медицински специалисти в периода от 2007 г. до 2021 г., като информацията е събрана чрез Централния уеб базиран интерфейс за постановени съдебни актове (ЦУБИПСА) и чрез използване на Закона за достъп до обществена информация (ЗДОИ).

Множество изследователи на проблемите, касаещи дела за обезщетения на пациенти, претърпели вреди при оказване на медицинска помощ, споделят че увеличаването на броя на съдебните спорове води промяна в поведението на медицинските специалисти, които започват все по-често да практикуват дефанзивна (защитна) медицина. В тези случаи медицинските специалисти предписват или извършват ненужни и недоказани от науката методи и средства за диагностика или лечение, за да предотвратят евентуални последващи претенции, че са пропуснали да извършат или назначат дадено лечение. Възможно е дефанзивна медицина да се практикува и под формата на въздържане да се извършват високорискови манипулации или дейности, под страх от допускане на грешка²⁹. Друго явление, което съпътства увеличения брой на съдебните спорове в разглежданата област, е защитното поведение на медицинските специалисти, които в случай на възникнало нежелано събитие предприемат мерки за укриването му, включително като се избягва докладването на БВИ. Според Препоръките на Съвета на ЕС³⁰ и на Европейската комисия³¹, докладването на нежеланите събития и извеждането на поуки, след анализирането им, без някой да бъде критикуван и обвиняван, са важни инструменти за подобряване на пациентската безопасност. Страхът от последиците обаче, който е пораждан от увеличения брой съдебни искове, има точно противоположния ефект.

В тази връзка трябва да се отбележи, че според данни на Европейския център за контрол на заболяванията (ECDC) в българските болници *„не е въведена функционална система за своевременното откриване и докладване на огнища на ВБИ“*³², както и че *„болниците се вземат твърде малко микробиологични проби и не се предприемат действия в отговор на резултатите, които се докладват от клиничните микробиологични лаборатории“*. Това явление отчасти се дължи именно на дефанзивната медицина, която се практикува.

ИЗВОДИ

От изложеното по-горе може да се заключи, че липсата на своевременно установяване и регистриране на ВБИ води до занижената им профилактика и контрол, а това от своя страна, увеличава риска от разпространение на този тип инфекции сред пациентите, компрометира тяхната безопасност и води до възникване на съдебни спорове. В същото време обаче именно

²⁹ US Congress, Office of Technology Assessment, *Defensive medicine and medical malpractice* (Washington, dc: us Government Printing Office, 1994) p. 13. Вж. също и M.M. Mello et al., 'National costs of the medical liability system', *Health Affairs* 29 (2010) 1569-1577; както и H. Nys, 'The Factual Situation of Medical Liability in the Member States of the Council of Europe' in: Report to the 2008 Council of Europe Conference 'The Ever-Growing Challenge of Medical Liability: National and European Responses' (Strasbourg: Council of Europe, 2009) pp. 17-41., също и H. Scherz et al., 'Defensive Medicine: A Cure Worse Than The Disease', *Forbes Magazine*, 27 August 2013.

³⁰ Council of the EU: Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including prevention and control of healthcare-associated infections. 2009 OJ C151/01' Notice No 2009/C151/01.

³¹ European Commission: Patient Safety and Healthcare Associated Infections. Report of the Commission to the Council (COM 2004 371);

³² Окончателен съвместен доклад за посещението в България във връзка с плана за действие „Едно здраве“, проведено в България между 15 октомври 2018 г. и 19 октомври 2018 г. с цел обсъждане на политики във връзка с антимикробната резистентност. Посещение на ECDC в България, AMP, ECDC, Стокхолм, 2018 г. DG(SANTE) 2018-6517.

страхът от възникване на евентуални съдебни спорове е една от причините да не се регистрират и дори да се прикриват случаи на ВБИ сред пациентите, което компрометира процесите по подобряване на качеството на медицинската помощ.

Преодоляването на изложените проблеми изисква комплексни мерки, част от които са свързани с управлението на лечебните заведения и взаимодействието между всички участници в процеса на профилактиката и контрола на ВБИ – повишаване на нивото на хигиената, включително чрез въвеждане на програми за хигиена на ръцете, обучение на персонала, своевременно идентифициране на заразени пациенти и тяхната изолация, разумна употреба на антибиотици, засилена подкрепа за микробиологичните лаборатории в болниците и лечебните заведения за продължително лечение. Също така е необходимо да се контролира ефективно взимането на микробиологични проби на ниво лечебно заведение с цел да се увеличи своевременното установяване на наличието на организми, причиняващи ВБИ и тяхното отстраняване.

Внимание заслужават някои законодателни подходи в други държави. Например в някои щати в САЩ информацията за конкретни случаи на ВБИ в лечебни заведения е защитена и не се предоставя при възникване на съдебни спорове, като изключения се правят само за целите на контрола на различни акредитационни организации или регулаторни органи³³. В други държави – Франция, Норвегия, Швеция – са въведени административни процедури за обезщетяване на пациенти, които са увредени в резултат на причиняване на ВБИ³⁴. По този начин се избягват съдебните спорове между пациенти и медицински специалисти или лечебни заведения, което предотвратява ерозията в доверието и стигматизирането на отделни представители на медицинската професия.

Едно от най-големите предимства на тези административни процедури за обезщетяване е ефектът им върху преодоляването на *културата на обвинение* спрямо лекарите и лечебните заведения, което води до увеличаване на броя на докладваните случаи на нежелани събития, в това число и ВБИ и се стимулира тяхното задълбочено анализиране. На практика, когато медицинските специалисти не са застрашени от тежки и продължителни съдебни процедури или от значителни финансови последици, професионалните им решения не са обусловени или повлияни от този страх. Ползите от този ефект са двупосочни. Първо, така се намалява рискът от практикуване на дефанзивна медицина и се стимулира практикуването на медицина, основана на доказателства, което има директен ефект върху качеството на медицинската помощ. Второ, медицинските специалисти нямат притеснение да докладват настъпилите нежелани събития, включително установените ВБИ, защото не са застрашени от типичните за гражданската отговорност последици.

Положителните последици върху безопасността на пациента от използването на коментираните способности се разпростират и на още едно равнище. В хода на работата на органите, ангажирани с администрирането и управлението на алтернативните способности за обезщетяване на пациенти, се събират множество данни за оплакванията на пациентите;

³³ https://www.cdc.gov/hai/pdfs/toolkits/toolkit-hai-policy-final_03-2011.pdf

³⁴ Macleod, S., C. Hodges. Redress Schemes for Personal Injuries. Hart Publishing. Oxford and Portland. 2017.

различните грешки, които се допускат; инцидентите, които настъпват; механизмите, по които се случват и прочее. Анализът на тези данни може да помогне да се идентифицират конкретни проблеми в едно лечебно заведение или множество такива, а това от своя страна да провокира търсенето на подходящи решения, които да предотвратят последващи нежелани събития.

БИБЛИОГРАФИЯ

Council of the EU: Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including prevention and control of healthcare-associated infections. 2009 OJ C151/01' Notice No 2009/C151/01.

European Commission: Patient Safety and Healthcare Associated Infections. Report of the Commission to the Council (COM 2004 371);

Jena, B. and others, Physician spending and subsequent risk of malpractice claims (2015) 351 BMJ h551;

Macleod, S., C. Hodges. Redress Schemes for Personal Injuries. Hart Publishing. Oxford and Portland. 2017.

Mello, M. et al., 'National costs of the medical liability system', Health Affairs 29 (2010) 1569-1577;

Nys, H., The Factual Situation of Medical Liability in the Member States of the Council of Europe, in: *Report to the 2008 Council of Europe Conference, The Ever-Growing Challenge of Medical Liability: National and European Responses*' (Strasbourg: Council of Europe, 2009) pp. 17-41.,

Scherz, H., et al., Defensive Medicine: A Cure Worse Than the Disease, *Forbes Magazine*, 27 August 2013.

Studdert, M. and others Prevalence and Characteristics of Physicians Prone to Malpractice Claims (2016) 374 NEJM 354-362, Australia', *bmj Quality and Safety in Health Care* 22 (2013) 532-540.

US Congress, Office of Technology Assessment, *Defensive medicine and medical malpractice* (Washington, dc: us Government Printing Office, 1994).

Valkov, A., L. Stancheva. Health Care Quality Measures: Integrated Approach. Knowledge, International Journal, Scientific Papers, Vol. 46 (5), Institute of Knowledge Management, Skopje, 2021, pp. 823-834, ISSN: 1857-923X (e-version), ISSN: 2545-4439 (print)

Интернет източници

https://www.cdc.gov/hai/pdfs/toolkits/toolkit-hai-policy-final_03-2011.pdf, [01.03.2022]

<http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>, [01.03.2022]

<https://www.cdc.gov/winnablebattles/report/HAIs.html>, [01.03.2022]

<https://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf>, [01.03.2022]

<https://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf>, [21.02.2022]

<https://www.cdc.gov/hai/infectiontypes.html>, [21.02.2022]

https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf, [21.02.2022]

Съдебни решения

Решение от 29.10.2014 г. по гр. д. № 754/2014 г. на ВКС; свързани дела: гр. д. № 6964/2010 г. на Софийския градски съд и в. гр. д. № 1032/2013 г. на Софийския апелативен съд [Reshenie ot 29.10.2014 g. po gr. d. № 754/2014 g. na VKS; svarzani dela: gr. d. № 6964/2010 g. na Sofiyskia gradski sad i v. gr. d. № 1032/2013 g. na Sofiyskia apelativen sad]

Решение по гр. дело № 8227/2015 г. на Софийския градски съд; свързани дела: гр. дело № 56568/2012г. на Софийския районен съд [Reshenie po gr. delo № 8227/2015 g. na Sofiyskia gradski sad; svarzani dela: gr. delo № 56568/2012g. na Sofiyskia rayonen sad]

Решение по гр. дело № 16446/2015 г. на Софийския градски съд; свързани дела: в. гр. дело № 6392/2017 г. (висящо пред Апелативен съд – София към 31.12.2018 г.) [Reshenie po gr. delo № 16446/2015 g. na Sofiyskia gradski sad; svarzani dela: v. gr. delo № 6392/2017 g. (visyashto pred Apelativen sad – Sofia kam 31.12.2018)]

Решение от 22.04.2015 г. по гр. д. № 534/2014 г. на Окръжния съд – Враца, свързани дела: в. гр. д. № 2301/2015 г. на Софийския апелативен съд и гр. д. № 1254/2017 г. на ВКС, насрочено за разглеждане в з.з за 5.10.2017 г. [Reshenie ot 22.04.2015 g. po gr. d. № 534/2014 g. na Okrazhnia sad – Vratsa, svarzani dela: v. gr. d. № 2301/2015 g. na Sofiyskia apelativen sad i gr. d. № 1254/2017 g. na VKS, nasrocheno za razglezhdane v z.z za 5.10.2017]

Решение № 57/06.01.2015 г. по гр. д. № 5235/2011 г. на Софийския градски съд; Решение № 2297/21.03.2016 г. по гр. д. № 7607/2012 г. на Софийския градски съд и др. [Reshenie № 57/06.01.2015 g. po gr. d. № 5235/2011 g. na Sofiyskia gradski sad; Reshenie № 2297/21.03.2016 g. po gr. d. № 7607/2012 g. na Sofiyskia gradski sad i dr.]

Нормативни актове

Закон за здравето [Zakon za zdraveto]

Наредба No 2/2015 г. за организацията на профилактиката и контрола на вътреболничните инфекции [Naredba No 2/2015 g. za organizatsiyata na profilaktikata i kontrola na vatrebolnichnite infektsii]

Наредба No 3/2013 г. за утвърждаване на медицинският стандарт по превенция и контрол на ВБИ [Naredba No 3/2013 g. za utvarzhdavane na meditsinskiyat standart po preventsia i kontrol na VBI]

DRUG SHORTAGES AS A CONSTANT PUBLIC HEALTHCARE CRISIS - CAUSES, CONSEQUENCES, SOLUTIONS

Boryana Marinkova¹, University of National and World Economy

Abstract

Publications on drug shortages have examined the extent, causes, nature and consequences of the triggers to public healthcare crises that have adverse effects on healthcare systems and patients. The shortage of medicines is investigated in different countries and is found to be due to a complex of reasons, putting to a serious test not only the drug supply chain but also the entire public healthcare systems, with high potential for serious impact on human health. It is becoming a worldwide issue that has deepened in recent years, especially in the context of a global pandemic, affecting both developed and developing countries. Prior the pandemic the United States reports an increase in shortages of newly registered products from 70 to 267 drugs over the five-year period from 2006 to 2011. The European Commission alarms that between 2000 and 2018 the shortage of widely used drugs has increased. Covid – 19 pandemic led to unprecedented lack of medicines due to manufacturing problems, stockpiling and overconsumption. The shortage of medicines puts the branches and structures of public healthcare in a situation of inability to fulfill their legal and moral obligations and responsibilities to consumers - from patients to specialists, pharmacies, and medical facilities. Being not only market deficiency but also regulatory challenge. Being a global phenomenon it still lacks common knowledge and common regulatory actions of different countries obvious in the fact that there are 25 definitions in the world of what constitutes a "drug shortage". This article is based on a study of the author of the consumer implications of drug shortages, conducted in Bulgaria in the period June 2018 - December 2021, covering 1460 signals for drugs in short supply before and during the pandemic. The article is also supported by a literature review on drug shortages. The author discusses the thesis that in-depth study of the causes and consequences of this ongoing crisis in public health would provide scientific and expert circles with tools to find sustainable solutions through which it can be foreseen, managed, and overcome with timely and effective measures.

Key words: public healthcare, crisis management, drugs, shortage, supply chain

¹ Boryana Marinkova is a PhD student in Public Administration at the UNWE. The topic of her dissertation is „Crisis Management in Public Health through Marketing Methods". Author of publications on healthcare crisis situations, studying their genesis, typology and course in search of effective methods for crisis management, early detection and prevention. Marinkova is also a lecturer in Integrated Marketing Communications at the UNWE. Currently she is the CEO of the Bulgarian Association for Medicines Parallel Trade Development (BAMPTD). She has 11 years of experience as a Marketing director at the international healthcare investment Tokuda Hospital. In the period 2012-2017 she was responsible for the corporate affairs and the PR of the Bulgarian National Association of Private Hospitals. She has a Master's degree in marketing at the University of National and World Economy in 2004 after a Bachelor's program in Economics at UNWE. She is certificated by BEIED in Professional Marketing Management in 2009 and Professional Executive Management in 2015. b.marinkova@unwe.bg

INTRODUCTION

Publications on drug shortages have examined the extent, causes, and nature of triggers to public healthcare crises that have adverse effects on health systems and patients. The shortage of medicines is investigated in different countries and is due to a complex of reasons, putting to a serious test not only the drug supply chain but also the entire public healthcare systems, with high potential for serious impact on human health as Burinskiene states in his work *The Concept of Medicines Shortage: Identifying and Resolving Shortage* (2019). Drug shortage is becoming a global phenomenon that has deepened in recent years, especially in the context of a global pandemic, affecting both developed and developing countries – a fact that is profoundly examined in Ireland by Costelloe et al. (2015) in 2015 and later in 2019 by Sarnola and Linnolahti in their article dedicated on EU member-state Finland “A regulatory perspective on the availability of medicines and medicine shortages in outpatient care” (2019). In Bulgaria drug shortages are recently examined in their regulatory and market aspects by Serbezova in her pre-print “Drug shortages: causes and solutions” (2021). The specific regulatory framework puts medicinal products in the status of strictly regulated, not ordinary goods. For their distribution and use, respectively, the standard principles of the economy of supply and demand, the classic marketing mix and positioning strategies cannot be applied and the influence of consumers over the product is almost completely absent. The shortage of medicines puts the branches and structures of public healthcare in a situation of inability to fulfill their legal and moral obligations and responsibilities to consumers - from patients to specialists, pharmacies, and medical facilities. It can occur at the production level when there is a shortage of raw materials and especially active substances (APIs) and go in the direction of the entire supply chain to wholesalers (distributors of pharmaceuticals), retailers and medical establishments for hospital care) up to the consumer level. At the same time, it is possible for production, marketing, or regulatory reasons to localize the shortage at only one level of the legal supply chain. Due to the complex and multifaceted nature of the phenomenon, in the world there are over 25 definitions of what constitutes a "drug shortage".

THEORETICAL OBSERVATION

Shortage of medicines is becoming a worldwide issue that has deepened in recent years, especially in the context of a global pandemic, affecting both developed and developing countries. Prior the pandemic the United States reports an increase in shortages of newly registered products from 70 to 267 drugs over the five-year period from 2006 to 2011². The European Commission alarms that between 2000 and 2018 the shortage of widely used drugs has increased³. Covid – 19 pandemics led

² American Hospital Association, American Society of Anesthesiologists, American Society of Clinical Oncology, American Society of Hospital Pharmacists, Institute for Safe Medication Practices, The PEW Charitable Trusts. 2014 Drug Shortages Summit. 1 August 2014 [meeting report]

³ <https://www.europarl.europa.eu/news/bg/headlines/society/20200709STO83006/nedostigh-na-lekarstva-v-es-prichini-i-resheniia>

to unprecedented lack of medicines due to manufacturing problems, stockpiling and overconsumption.

In the last year, the causes of the shortage and the increased consumption of medicines under the shadow of the pandemic and the pressure caused by it on the drug supply chain have been thoroughly studied. Reasons for shortages include supply problems, demand problems and regulatory issues, and affect all other areas of life and business. Review of the current scientific literature, conducted by Serbezova (2021) shows that the problems with the supply of medicines are due to production problems, lack of raw materials, logistics and business problems. They distinguish that demand problems include overconsumption, seasonal demand, and unpredictable drug demand. Regarding regulatory cases, the essential factor is the lack of a uniform definition of drug shortages. The definition of the European Medicines Agency (EMA), "shortages of medicinal products for human or veterinary use are observed when, at national level, supply does not meet demand"⁴. Bulgaria has adopted more conservative definition has been adopted in the Law on Medicinal Products in Human Medicine (LMPHM), which is narrowed down to the medicinal products included in the Positive Drug List or the medicines that the National Health Insurance Fund (NHIF) partially or fully pays for. A shortage is registered for them when "it is established that the quantities of the respective medicinal product available on the territory of the Republic of Bulgaria are less than 65 per cent of the quantities necessary to meet the health needs of the population for a period of one month. of the average monthly consumption of the medicinal product concerned for the previous 6 months from the day of the analysis"⁵.

DATA COLLECTION. OBJECT OF STUDY

This article is based on a study of the author of the consumer implications of drug shortages, conducted in Bulgaria in the period June 2018 - December 2021, covering 1460 signals for drugs in short supply before and during the pandemic. Data is collected on the online platform of the Bulgarian Association for Medicines Parallel Trade Development (BAMPTD) where it is operated by the author of the article. For the creation and maintenance of this first online platform for signaling of drug shortages in Bulgaria the author and Federation Bulgarian Patient Forum were awarded the prize for Innovation and good practice in the health sector in the second competition organized by Capital and AbbVie in 2019⁶. Signals are gathered over the platform and are stored in a registry for drugs in deficiency with the following attributes: date of signaling, date of signal solving, type of signaling person or institution – patient, relative, physician, pharmacist, patient organization, media; drug trade name, dosage, active substance, indication for usage, marketing authorization holder (MAH), export status – positive or negative; reason for signaling, drug market status – available in the supply chain, hospital product, not permitted drug, deregistered drug,

⁴ Guidance on detection and notification of shortages of medicinal products for Marketing Authorisation Holders (MAHs) in the Union (EEA), 01 July 2019, EMA/674304/2018

⁵ Law On Medicinal Products In Human Medicine, SG. No. 31 of April 13, 2007, last ed. and ext. SG. No. 103 of December 4, 2020, as amended. and ext. SG. issue 105 of December 11, 2020.

⁶https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/zdraveopazvane/2019/12/06/4004936_boriana_marinkova_tursihme_lekarstvata_na_702_pacienti/

temporarily ceased supply, permanently ceased supply; solution of the signal – drug found and information provided about drug location, in case of hospital products, not permitted or deregistered drug – recommendation for consultation with a physician; signaling person's or institution contact details.

The object of the study is the individual implication of drug shortages. The subjective factor in determining the shortage of drugs has been studied and a solution to each one has been sought. The data collection, their analysis and conclusions were performed by the author through an online platform created by him for signals for shortages of medicinal products in human medicine. Electronic messages for shortage of intermediate and end users of health services have been processed.

RESEARCH METHODS

In order to differentiate the problem of drug shortage as a public healthcare crisis in Bulgaria and its subjective implication on each end user based on author's research conducted in 30 months and collected 1460 signals for deficient medicinal products. The data is registered and statistical analysis is aided by SPSS, version 20.0. Continuous variables are directly expressed as a range. The categorical variables are expressed as a number (%). A regulatory review of the market specifics leading to lack pharmaceutical products in Bulgaria and EU was conducted, based on the applicable law for public health in our country - LLPHM and related EU regulatory framework.

The article is also supported by a literature review on drug shortages. The author discusses the thesis that in-depth study of the causes and consequences of this ongoing crisis in public health would provide scientific and expert circles with tools to find sustainable solutions through which it can be foreseen, managed, and overcome with timely and effective measures.

FINDINGS

Shortage of medicines became a worldwide phenomenon accelerating its significance and implications in recent years in the context of a global pandemic. Nevertheless, the problem has been in the focus of the US and EU authorities since 2014. A literature review reveals numerous articles and regulatory actions to reveal causes of shortages and decision for its mitigation prior and during the COVID-19 pandemic.

The European Medicines Agency (EMA) and the Heads of Medicines Agencies (HMA) network set up the HMA / EMA Task Force on the Availability of Authorized Medicines for Human and Veterinary Use in 2016, with the main aim of providing strategic support and advice to cope with drug shortages of EU Member States in the event of interruptions in the regular supply of medicinal products for human and veterinary use⁷, and one of the key priorities of this working group is to find regulatory approaches to reduce interruptions in the regular supply of medicinal products (e.g. by sharing work between regulators, reducing administrative deadlines, etc.), developing guidelines for pharmaceutical companies to report drug shortages, encouraging the sharing of good practices

⁷ <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/availability-medicines>

and information between Member States, strengthening cooperation between stakeholders and communication with patients about drug shortages, which is part of the integrated communications of the participants in the pharmaceutical market.

According to the European Parliament statement in 2020⁸, the geopolitical dimensions of drug shortages in the EU are:

- Dependence of 80% of the active substances on India and China;
- Dependence of 40% of finished medicinal products sold in the EU by India and China;
- China and India produce about 60% of global paracetamol use, 90% of penicillin and 50% of ibuprofen.

The same data from the European Parliament shows that more than 50% of the drugs in short supply are medicines for treatment of cancer, infections and neurological diseases (epilepsy, Parkinson's disease), etc.

A large-scale study in Europe in 2014 (EAHP, 2014) found that 21% of hospital pharmacists reported experiencing a shortage of medicines every day, and 45% every week. One in five pharmacists said they could not cope with many of these situations and said the drug shortage was causing the patient inconvenience from stopping treatment.

The problem of shortages has received significant public and political attention in the EU. The scale of the public healthcare crisis called "shortage of medicines" is proven also by the fact that the European Commission (EC) considered it necessary to coordinate the efforts of EU member states to overcome it at European level in 2016⁹.

In the latest Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU) survey from 2020¹⁰, 96.15% of countries surveyed said drug shortages caused stress and anxiety, 80.77% discontinued treatment, 57.69% increased patient co-payments, 23.07% made medical errors, and so on. The shortage of certain medicinal products (anti-infective agents, vaccines, etc.) has consequences that exceed the consequences for the individual.

The COVID-19 pandemic has further spotlighted shortages of medicines and interruption in pharmaceutical supply chains. In March 2020 the Commission, together with the EMA and Member States set up an EU Executive Steering Group on Shortages of Medicines Caused by Major Events to effectively respond to and prevent the escalation of shortages¹¹.

In April 2020, EU university hospitals warned of the danger of depletion of certain drugs - anesthetics, antibiotics, muscle relaxants and others. The reasons are reduced production, restrictions on exports from other countries and the desire to accumulate reserves during the health

⁸ <https://www.europarl.europa.eu/news/bg/headlines/society/20200709STO83006/nedostigh-na-lekarstva-v-es-prichini-i-resheniia>

⁹ 13. Criteria for classification of critical medicinal products for human and veterinary use, 2016, EMA/24304/2016, https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/criteria-classification-critical-medicinal-products_en.pdf

¹⁰ PGEU Medicine Shortages Survey Results, 2020 <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/2020-PGEU-Medicine-Shortages-Survey-Results-v2.pdf>

¹¹ European Medicines Agency (Press release 10 April 2020) Update on EU actions to support availability of medicines during COVID-19 pandemic. Available at <https://www.ema.europa.eu/en/news/update-eu-actions-support-availability-medicines-during-covid-19-pandemic>.

crisis¹². According to this analysis of the growing shortage of essential medicines and the reasons for this, on 17 September 2020, Parliament adopted a resolution calling on Europe to guarantee its independence in the field of health by securing supplies, restoring local production and improving coordination within the EU.

The latest report on shortages in EU, published in December 2021 emphasizes that Member States and many stakeholders, including pharmacy organisations, have signalled a rise in shortages of medicinal products in the EU (Jough, 2021). The report reveals that shortages present a major problem for the quality and continuity of patient care and “at best, patients can be provided with an equivalent medicine, but if no such equivalent is available, pharmacists may have to resort to therapeutic substitution”. The authors assess that this could increase the risk of reduced treatment compliance or incorrect use of the medicine, leading to lower treatment effectiveness and disease progression. Medicine shortages also have important economic consequences, show the authors of Future-proofing pharmaceutical legislation — study on medicine shortages and spotlight that pharmacists spend several hours per week on conferring with prescribers about suitable alternatives and patients may face higher costs when prescribed alternatives are more expensive or if they must pay for additional visits with their healthcare provider to discuss alternatives.

The authors research in Bulgaria assesses namely patients’ experience related to shortage of medicines based on 1,462 patient signals. After they have been collected and processed, the following is derived as results:

- 70% of the signals for shortage would be solved by import – these are drugs with temporarily suspended import, drugs subject to overuse, deregistered drugs, unauthorized products that are prescribed in Bulgaria
- 29% of the signals are for the medicinal products registered in Bulgaria, as 96% of them are available in the pharmacy network
- 46% of the signals come from Sofia, over 80% are from big cities
- 28% are people referred to a pharmacy nearby to get their medicine
- 71% are referred to their doctors for consultation due to suspended import or search for deregistered / unregistered products in our country or in 1% of cases due to search in pharmacies for hospital medicinal products.

DISCUSSION

The literature review reveals that predominant reasons are reduced production, restrictions on exports from other countries and the desire to accumulate reserves during the health crisis. According to this analysis of the deep shortage of essential medicines and the reasons for this, on 17 September 2020 the European Parliament adopted a resolution calling on Europe to guarantee its independence in the field of health by securing supplies, restoring local production, and improving coordination within EU. At the same time, the European Commission called in two of its guides on Member States, "to preserve the free movement of all goods and, above all, to ensure the supply

¹² <https://www.europarl.europa.eu/news/bg/press-room/20200910IPR86823/covid-19-es-triabva-da-velichi-usiliata-za-spraviane-s-nedostigha-na-lekarstva>

chain of essential products such as medicines" and stressed that there should be no restrictions on the movement of goods. the single market, especially when they relate to health.

On the other hand, the interim results of authors' national online survey showed that in 70% of the cases the reason for shortage is related to supply, and the offered solution to these shortage is in imports and fast intra-community supplies. The signals from the patients concern deregistered medicines, products with permanently or temporarily suspended import in Bulgaria, medicines subject to overconsumption within the pandemic, for which not enough supplies have been provided.

The author discusses that liberal policies and regulatory changes to promote the non-interruption of supply and encouraging fast import of medicines in an adequate and effective regulatory framework will ensure the availability of medicines in Bulgaria as a EU MS. The respective regulatory infrastructure would largely solve the situations of shortage and shortage of medicines in Bulgaria and will ensure the access of patients to a variety of medicines in all European countries, not just those registered in the local market by fast delivery, parallel imports and flexible regulation of not registered in Bulgaria but registered in EU drugs.

The EC in its latest report on shortages quoted above assessed stakeholders' perspectives on the introduction of measures to create an economic and regulatory framework incentivising the local production of APIs, raw materials and medicines to better protect continuity of supply and reduce Europe's dependence on pharmaceutical manufacturing elsewhere and to focus not only on innovative but also on most often involving older, off-patent and generic medicines and also on regulatory issues as to national pricing and procurement practices. Further dialogue between authorities and manufacturers, such as that currently taking place in the EU structured dialogue, may deepen the understanding of what measures are most appropriate to improve supply chain resilience and what role reshoring of pharmaceutical production can play in this" discuss the authors of the report (Jough, 2021). A series of 16 policy measures are presented for action at EU and national level that are to be discussed by politicians and stakeholders.

CONCLUSION

Medicine shortages present a growing problem for EU and globally. Consequences of shortages as a permanent public healthcare crisis include a decreased quality of treatment received by patients and an increased burden on healthcare professionals, and on health systems. In recognition of the problem and of the need for concerted action at the European level, the European Commission requested an analysis of medicines in shortage in the EU and their root causes, as well as an assessment of the current regulatory framework, to devise potential legislative and non-legislative solutions. While the comprehensive comparative analysis is severely hampered by a lack of high-quality, standardised information about shortage monitoring at national levels. Notwithstanding data limitations, this article by discussion confirms that medicine shortages occur frequently across the world, most often involving older, off-patent and generic medicines. The causes are multifactorial affecting all stakeholders along the pharmaceutical value and supply chain, from manufacturing of raw materials to national pricing and procurement practices.

In Bulgaria liberal policies and regulatory changes to promote the non-interruption of supply and encouraging fast import of medicines in an adequate and effective regulatory framework will ensure the availability of medicines in Bulgaria as a EU MS are to be in the agenda of the new healthcare governance. The author suggests a respective regulatory infrastructure would largely solve the situations of shortage and shortage of medicines in Bulgaria and will ensure the access of patients to a variety of medicines in all European countries, not just those registered in the local market by fast delivery, parallel imports and flexible regulation of not registered in Bulgaria but registered in EU drugs.

BIBLIOGRAPHY

American Hospital Association, American Society of Anesthesiologists, American Society of Clinical Oncology, American Society of Hospital Pharmacists, Institute for Safe Medication Practices, The PEW Charitable Trusts. 2014 Drug Shortages Summit. 1 August 2014 [meeting report]

Burinskiene A. (2019) The Concept of Medicines Shortage: Identifying and Resolving Shortage. In: Barbosa-Povoa A., Jenzer H., de Miranda J. (eds) Pharmaceutical Supply Chains - Medicines Shortages. Lecture Notes in Logistics. Springer, Cham.

Costelloe, E.M. (2015) Guinane, M., Nugent, F. et al. An audit of drug shortages in a community pharmacy practice. *Ir J Med Sci* 184, 435–440 (2015).

Criteria for classification of critical medicinal products for human and veterinary use, 2016, EMA/24304/2016, https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/criteria-classification-critical-medicinal-products_en.pdf

European Association of Hospital Pharmacists (EAHP, 2014). Medicines shortages in European hospitals. The evidence and case for action.

European Medicines Agency (Press release 10 April 2020) Update on EU actions to support availability of medicines during COVID-19 pandemic. Available at <https://www.ema.europa.eu/en/news/update-eu-actionssupport-availability-medicines-during-covid-19-pandemic>.

Guidance on detection and notification of shortages of medicinal products for Marketing Authorisation Holders (MAHs) in the Union (EEA), 01 July 2019, EMA/674304/2018

Jough, T. et al., 2021, Future-proofing pharmaceutical legislation — study on medicine shortages Final report, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/1f8185d5-5325-11ec-91ac-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-245338952>

Law on Medicinal Products in Human Medicine, SG. No. 31 of April 13, 2007, last ed. and ext. SG. No. 103 of December 4, 2020, as amended. and ext. SG. issue 105 of December 11, 2020.

PGEU Medicine Shortages Survey Results, 2020 <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/2020-PGEU-Medicine-Shortages-Survey-Results-v2.pdf>

Serbezova, A. (2021), Drug Shortages – causes and solutions (Pre-print)

Sarnola, K., Linnolahti, J. (2019) A regulatory perspective on the availability of medicines and medicine shortages in outpatient care: case Finland. *Int J Clin Pharm* 41, 825–830.

<https://www.europarl.europa.eu/news/bg/headlines/society/20200709STO83006/nedostigh-na-lekarstva-v-es-prichini-i-resheniia>

<https://www.europarl.europa.eu/news/bg/press-room/20200910IPR86823/covid-19-es-triabva-da-uvelichi-usiliata-za-spraviane-s-nedostigha-na-lekarstva>

https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/zdraveopazvane/2019/12/06/4004936_boriana_marink_ova_tursihme_lekarstvata_na_702_pacienti/

<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/availability-medicines>

<https://www.europarl.europa.eu/news/bg/headlines/society/20200709STO83006/nedostigh-na-lekarstva-v-es-prichini-i-resheniia>

НЕДОСТИГЪТ НА ЛЕКАРСТВА КАТО ХРОНИЧНА КРИЗА В ПУБЛИЧНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – ПРИЧИНИ, ПОСЛЕДСТВИЯ, РЕШЕНИЯ

Боряна Маринкова¹³, УНСС

Резюме

Публикациите, посветени на недостига на лекарства, изследват степента, причините, естеството и последствията от кризите в публичното здравеопазване, които имат неблагоприятно въздействие върху здравните системи и пациентите. Недостигът на лекарства са обект на проучване в различните държави, като се установява, че той се дължи на комплекс от причини, които поставят на сериозно изпитание не само веригата за доставки, но и цялата публична здравна система с висок риск за сериозен импакт върху човешкото здраве. Недостигът на лекарства се превръща в световен проблем, който се задълбочава през последните години, особено в контекста на глобална пандемия, засягаща както развитите, така и развиващите се страни. Преди пандемията Съединените щати отчитат нарастване на недостига на новорегистрирани продукти от 70 на 267 лекарства в периода 2006 - 2011 г. Европейската комисия алармира, че между 2000 и 2018 г. недостигът на широко използвани лекарства се е увеличил. Пандемията, предизвикана от Covid – 19, доведе до безпрецедентна липса на лекарства поради производствени проблеми, натрупване на запаси и свръхпотребление. Недостигът на лекарства поставя браншовете и структурите на публичното здравеопазване в ситуация на невъзможност да изпълняват своите законови и морални задължения и отговорности към потребителите – от пациенти до специалисти, аптеки и лечебни заведения. Това е не само пазарен дефицит, но и регулаторно предизвикателство. Бидейки е глобален феномен, за него все още няма изградени общи регулаторни действия на различните държави, което е очевидно от факта, че в света има 25 дефиниции за това какво представлява „недостигът на лекарствени продукти“. Тази статия е базирана на проучване на автора на потребителските последици от недостига на лекарства, проведено в България в периода юни 2018 - декември 2021 г., обхващащо 1460 сигнала за недостиг на лекарства преди и по време на пандемията. Статията е подкрепена и от преглед на литературата по отношение на недостига на лекарства. Авторът обсъжда тезата, че задълбоченото изследване на причините и последствията от настоящата криза в публичното здравеопазване би предоставило на научните и експертни среди инструменти за намиране на устойчиви решения, чрез които тя да бъде предвидена, управлявана и преодоляна с навременни и ефективни мерки.

Ключови думи: публично здравеопазване, управление на кризи, лекарства, недостиг, верига за доставки.

¹³ Боряна Маринкова е докторант по Публична администрация в УНСС. Темата на нейната дисертация е Управление на кризите в публичното здравеопазване чрез маркетингови методи. Автор е на публикации, посветени на кризисните ситуации в здравеопазването, изследващи техния генезис, типология и протичане в търсене на ефективни методи за кризисен мениджмънт, навременно установяване и превенция. Маринкова е и хоноруван преподавател по Интегрирани маркетингови комуникации в УНСС. Към момента е изпълнителен директор на Българската асоциация за развитие на паралелна търговия с лекарства (БАРПТЛ). Има 11 години опит като маркетинг директор на "Токуда болница". В периода 2012 – 2017 година оглавява връзките с обществеността на Националното сдружение на частните болници. Завършила е магистратура по маркетинг в УНСС през 2004 след бакалавърска програма по Икономика на масмедиите отново в УНСС. Преминала е две сертификационни програми в BEIED - Professional Marketing Management и Professional Executive Management през 2015. b.marinkova@unwe.bg

ИНСТИТУЦИИ НА ГРАЖДАНСКОТО ОБЩЕСТВО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО: РОЛИ И ПОТЕНЦИАЛ В БЪЛГАРИЯ

Деница Горчилова¹, УНСС

Резюме

В статията се проследяват основанията и различните форми, чрез които институциите на гражданското общество играят роля в системата на здравеопазването. Българската практика в периода след Освобождението до 1944 г. изобилства с примери и добри практики в това отношение. Възстановяването на гражданския сектор след 1989 г. доведе до реинтегриране на някои от вече познатите форми, както и до появата на нови. Статията изследва тезата за “големия отсъстващ” – липсата на законови основания граждански структури у нас да участват директно в производството на здравни и лечебни услуги.

Ключови думи: *граждански организации, граждански сектор в здравеопазването, пациентски организации, съсловни организации*

CIVIL SOCIETY ACTORS IN HEALTHCARE: ROLES AND POTENTIAL IN BULGARIA

Denitsa Gorchilova², University of National and World Economy

Abstract

The article studies the reasons for and the different forms of civil society actors' participation in the healthcare system. That was a dense practice in the period between the years of 1878 and 1944. The re-installment of the civil society after 1989 saw rebuilding of some of those previously existing forms of interaction and the introduction of some new. But there is still one significant absence – the possibility for civil society organizations to deliver directly healthcare services.

Keywords: *civil society organizations; nonprofit sector in healthcare; patients' organizations; professional organizations.*

¹ Доц. д-р Деница Горчилова е преподавател в катедра „Публична администрация“ на УНСС. Има близо двадесет и пет-годишен изследователски интерес в областта на организираното гражданско общество, индивидуалната гражданска активност, управлението на нестопански организации. Участник и ръководител в множество научно-изследователски и практико-приложни проекти в сферата на публичното управление, качеството на висшето образование, насърчаването на младежкото доброволчество и про боно културата в България.

² Assoc. Prof. Dr. Denitsa Gorchilova is a lecturer in the Public Administration Department at the University of National and World Economy, Sofia. She has nearly twenty-five years of research interest in the field of organized civil society, individual civic activity, and governance of non-profit organizations. In addition, she is a participant and leader in many research and practical projects in the field of public administration, the quality of higher education, the promotion of youth volunteering, and pro bono culture in Bulgaria.

ВЪВЕДЕНИЕ

Институционализираните прояви на гражданска активност и участие възстановиха през изтеклите над 30 години своето естествено място като балансиращ държавата и бизнеса актьор на обществената сцена. Тези организации, наричани в различен контекст нестопански, неправителствени, нетърговски, доброволни, благотворителни и т.н. носят специфични отличителни черти. На първо място трябва да бъде посочена *причината за създаването им*: те възникват като отговор на интересите на конкретни обществени групи, но обикновено се посвещават на по-широко формулирани цели, насочени в сферата на идеалното (като напр. подобряване на социалната инфраструктура, разширяване на алтернативите за задоволяване на частни или публични потребности, защита на права, преодоляване на неравенства). Тази посветеност на кауза означава и възможност за привличане на доброволен финансов, трудов и управленски принос. Втора особеност на институциите на гражданското общество е *начинът за реализиране на резултатите* от дейността им. Той се разкрива в два разреза – от една страна е нулевата или икономически незначима цена, на която бенефициентите потребяват създадените продукти или услуги, а от друга – действащият принцип за неразпределение на печалбата като такава. Особено интересен е вторият компонент, очертаващ се като базова дефинираща характеристика на гражданските организации. Ако е налице активна търговска и/или бизнес-дейност и тя доведе до формиране на годишна печалба, последната не може да бъде разпределяна между създатели, собственици, мениджъри, служители или членове на гражданската структура. Единствената възможност по отношение на печалбата е тя да бъде реинвестирана в постигане на целите и заявената мисия в сферата на идеалното.

Тези същностни характеристики на гражданските организации подсказват тяхната естествена връзка със системата на здравеопазването. От едната страна стои етосът на гражданския сектор – дух на солидарност, подпомагане, жертване на лично време и средства в името на другите, изграждане на сплотени общности, защита на каузи. Фондации (често на религиозни общности) разкриват и управляват големи болнични заведения, нестопански изследователски институти подпомагат напредъка на медицината, съсловни организации защитават интересите на практикуващите медицина, индивидуалната благотворителност набира средства за лечение, доброволци се грижат за пациенти и техните семейства и т.н. По своята дълбока същност медицината носи същия дух – желанието да се подпомогне облекчаването на страданията, да се избегне влошаването на здравния статус, запазването на качеството на човешкия живот и на достойнството, осигуряването на години за човешка и професионална реализация.

Съществуват множество примери за ползите, които носят гражданските структури като организационна форма в здравния сектор (като производители, финансиращи институции,

пациентски или лекарски сдружения и т.н.)³. Интегрирани дълбоко в общностите, където работят, нестопански здравни и лечебни заведения често предлагат програми за профилактика и имунизации, достъп на хора от отдалечени райони, работят с неосигурени или маргинализирани групи и т.н. Те приемат сериозно отговорността си пред местната общност и са по-малко склонни да се отказват от оказването на икономически неефективни услуги или от свиване на дейността си в периоди на финансови затруднения. Като насърчават доброволчество и филантропията, те окуражават духа на гражданска отговорност. Гражданските структури са много по-гъвкави и стоят по-близо до реалните потребности на хората. Привличайки и доброволци, те запазват човешкия си облик и предлагат небюрократизирана грижа. Така те „заглаждат“ острите ръбове на пазарната икономика и прекомерния индивидуализъм. Често, чрез комбиниране на частна филантропия и смесено субсидиране, нестопански изследователски центрове поемат отговорности за обучение и научни изследвания, вкл. пренос на научни резултати в клиничната практика. Те провеждат национални проучвания за реалните потребности от здраве, разработват нови технологии и създават иновации.

Проучвания в страни с богата практика на участие на нестопански форми в здравеопазването предоставят доказателства за по-висока ефективност спрямо частните и държавните организации. Някои от тези примери са: (1) създаване на нишови продукти, услуги и програми, съобразени със и насочени към подобряване на здравния статус на уязвими групи; (2) каузата на гражданската структура служи като гаранция срещу злоупотреба с позицията, генерира повече доверие у пациентите, предотвратява неравностойно третиране; (3) привличането на допълнителен финансов ресурс чрез проекти или кампании е потенциална възможност за разширяване на обема на услугите и повишаване на тяхното качество; (4) ангажирането на доброволчески труд потенциално понижава цената на услугите. Основното преимущество на гражданската форма на организация произтича от задължението на пълно реинвестиране на печалбата, което обикновено означава че нестопанските болници и амбулатории могат да предложат по-качествени услуги, услуги с по-ниски цени или и двете.

1. ГРАЖДАНСКИ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНИЦИАТИВИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В ПЕРИОДА 1878 – 1944 ГОДИНА

Свидетелства за традициите на дарителството и взаимното подпомагане съществуват по нашите земи от средните векове. В годините след 1878 г. изграждането на съвременна здравна система върви успоредно с модернизиранието на освободената българска държава. Множеството водени войни в началото на XIX век допълнително увеличават и без това високия брой на нуждаещи се от лечение, здравни грижи, подслон, прехрана. В този параграф ще бъде направен опит за систематизиране на механизмите на дарителство и

³ Обобщено най-вече по www.nonprofithealthcare.org, както и по Стратегически документ, анализиращ участието на ЮЛНЦ в предоставянето на здравни услуги в Република България (2008)

институционалните форми, които са насочени към здравната сфера⁴. Поради липсата на обобщена статистическа информация, различните форми ще бъдат илюстрирани с типични казуси.

Като цяло, **дарителските жестове** са били реализирани по три основни начина в зависимост от размера на отделените средства. Малките индивидуални дарения са оформяни като фондове със слаба самостоятелност, по-значителните – като относително самостоятелни фондове, а най-мощните са се превръщали в основа за създаването на частни фондации.

1.1. МАЛКИ ИНДИВИДУАЛНИ ДАРЕНИЯ

На първо място виждаме създаването на *фондове със съвсем слаба самостоятелност*. Неголеми по размер дарения са били насочвани към училища, читалища, болници, обществени организации, общински съвети и други подобни институции. Дарителите са очаквали управителните органи на съответната структура да приемат дарението и да създадат специален фонд, чрез който да го управляват. Дарената сума или имущество са оставали като неприкосновен капитал (endowment), а приходите от тях под формата на лихви, наеми, доход и т.н. са използвани за постигане на посочената от дарителя кауза. Институциите, които са били натоварени с управлението на такива фондове, са били длъжни да се отчитат пред своя принципал – министерство или висш съвет – за спазването на волята на дарителите и за начина на стопанисване на дарението.

Някои дарители избират да създадат **фондове за лечение на болни**. Така например, (а) през 1931 г. Янаки Гочев връчва на директора на Свиленградската непълна смесена гимназия 10 хил. лв. за създаване на фонд на името на покойния му син д-р Иван Янакиев (1901-1930). Волята на дарителя е от лихвите да се лекуват болни бедни ученици от гимназията. Учителският съвет приема дарението и поема управлението на фонда. (б) Катина Несторова (ок. 1870–1935), остава сираче след Априлското въстание и бива отгледана от семейство на търговци в Търново. Преждевременно загубва съпруга и двете си дъщери – Еленка и Марийка. През 1935 г. учредява в тяхна памет при Девическа гимназия „Митрополит Климент“ фонд „Еленка и Марийка Т. Несторови“. Капиталът възлиза на 46 хил. лв., фондът се управлява от учителския съвет на гимназията. Годишните приходи се използват за подпомагане лечението на бедни възпитанички на училището или за осигуряване на летния им отдых в ученически колонии. (в) През 1936 г. Добре Ганчев – учител, публицист и общественик – завещава на БЧК 500 акции от АД „Гранитоид“ за образуването на фонд на негово име. Приходите трябва да се използват за лечение на болни от туберкулоза.

Други дарители избират да подкрепят **обучението** или **специализацията** на млади български лекари. (а) В памет на покойния ѝ, единствен син Иван Карауланов, студент-медик, и в изпълнение на предсмъртното му желание, Величка Карауланова дарява през 1940 г. на СУ 10 хил. лв. за основаване на фонд. Лихвите са предназначени за подпомагане на „един беден и надежден студент по медицина“, родом от Габрово. През 1942 г. дарителката

⁴ Освен ако не е посочено друго, примерите са изведени със значителни съкращения от Енциклопедия „Дарителството“ (2011)

внося още 30 хил. лв., а през 1946 – още 100 хил. лв. През 1952 г., когато фондът е закрит, капиталът му възлиза на 231 хил. лв. (б) За увековечаване паметта на покойните им родители Георгица и Михаил Додови, децата им Никола и Ана даряват през 1931 г. 100 хил. лв. за образуване на фонд. Волята им е след 10 години с натрупаните от основаването лихви да се финансира специализацията на млади лекари в областта на лечението на „артериосклерозата и ставичния ревматизъм”, от които е страдала майка им, а ако няма желаещи – по бъбречни и сърдечни болести. Към януари 1944 г. фондът има капитал от 220 хил. лв., през 1948 г. е закрит, а средствата му се вливат в държавния бюджет.

Често срещана е практиката **лекари** да подпомагат разпространението на медицински знания, подготовката на млади кадри, награждаване на отличили се в професията и дори да даряват за издръжка на болнични заведения. (а) Христо Момчилов (1873–1928) завършва медицина и специализира хирургия и очни болести в Париж. Сред Първата световна война е околийски лекар в родния си град Елена. Той завещава цялото си състояние – около 4 млн. лева – на лица и институции за културни и благотворителни цели. Фонд „Д-р Христо Момчилов” към БАН е с капитал от 100 хил. лв. и с лихвите от него в продължение на 15 години се награждават отличилите се в професията околийски лекари. (б) Владимир Витанов (1872–1930) е лекар и общественик. Роден в Търново, дълги години е управител на държавната болница във Враца. След смъртта му, съпругата изпълнява волята му да се дарят пари на държавната болница в Търново. С получените 100 хил. лв. се създава фонд на името на Витанов, чиито приходи се използват за нуждите на болничното заведение. (в) Иларион Беров (1873–1931) е лекар, banker и общественик. Роден в Лясковец, завършва медицина в Тулуза, специализира в Париж. След завръщането си в България е полкови лекар в Свищов, кмет на Русе, по време на Балканската и Първата световна война – военен лекар. Съдружник във фамилната фирма. Професионално ангажиран със здравеопазването в Русе и воден от желанието да *„подпомогне общината в нейното стремление да облекчава и успешно задоволява нуждите на гражданите от болнична помощ”*, завещава на Общинската болница в града 5 хил. акции от Българска търговска банка с номинална стойност 500 хил. лв. Годишните дивиденди трябва да се използват за закупуване на бельо, легла и хирургически инструменти. Поставя условие болницата да носи неговото име, а общината да се грижи за неприкосновеността на капитала. През 1932 г. Общинския съвет на Русе приема дарението. (г) Константин Пешев (1873–1961) е лекар офталмолог, действителен член на БАН. Роден в Сливен, завършва медицина в Лион, специализира очни болести във всички по-известни клиники в Европа. Основател и директор на Университетската очна клиника, създател и ръководител на Института по обществена медицина и хигиена и Българското офталмологично дружество. През 1943 г. внася в касата на БАН 111 хил. лв. в облигации от Български държавен заем (1941) и 1000 лв. в брой за образуване на фонд на негово име. От лихвите на фонда на всеки две години да се награждават оригинални научни трудове по офталмология и биология, свързани с наследствеността, микробиологията, биохимията и цитологията. С нераздадените суми да се купуват книги по офталмология за Академичната библиотека. Когато през 1947 г. е включен във фонд „Академия”, капиталът му е малко над

130 хил. лв. (д) Стефан Ватев (1866–1946) е лекар, общественик, действителен член на БАН. Следва медицина в Хайделберг и Тюбинген. Автор на трудове по медицина, педиатрия и антропология. През 1920 г. д-р Ватев дарява на БАН сумата от 30 хил. лв. за образуване на фонд на негово име. Когато внесените в банка пари достигнат 100 хил. лв. да се дава награда на научен труд в областта на медицинските или естествените науки. През 1947 г. фондът и приходите от него – общо 140 хил. лв. влизат във фонд „Академия”.

1.2. ЗНАЧИТЕЛНИ ДАРЕНИЯ

Развитието на търговията и индустрията в разглеждания период довежда до появата на богати българи, чиито капитал им позволява да правят значителни дарения в областта на здравеопазването. Те са били оформяни като *фондове с относителна самостоятелност*. Фондовете са били учредявани с договор за дарение или по силата на завещание и за постигане на благотворителната си цел използвали само лихвите или приходите от капитала или имота. Размерът на фондовете бил най-различен. Някои от тях не били достатъчни за осъществяване на мисията и поради това били оставяни да се натрупват; при други средствата позволявали разгръщането на широкомащабна дейност. Тези фондове са оперирали в рамките на други юридически лица – институции от сферата на образованието, здравеопазването, науката, социалното дело. Най-много фондове е управлявало Министерството на народното просвещение (МНП). Фондове е имало и към Българска академия на науките (БАН), Софийския университет (СУ), Светия синод. Фондовете към министерства се отчитали пред Народното събрание, но при много големи разходи (дори и следващи волята на учредителя) се е изисквало отделно одобрение от парламента. Управителните съвети на приемащата организация стриктно са се придържали към волята на дарителя, поддържали са изключително ниво на прозрачност и отчетност, информирали са за дейността си широката общественост. Така например за повечето фондове на МНП са запазени партидни книги, в които ежегодно са отразявани приходите и разходите на фонда, а след 1935 г. започва и правенето на ревизии от финансово-бюджетния отдел на министерството.

Един от начините за подпомагане на развитието на здравната система е даряването или завещаването на средства, с които да се изгради, оборудва или издържа определено **лечебно заведение**. (а) Братя Диманови са щедри дарители от Котел. През 1943 г. с техни средства е построен и обзаведен общинския родилен дом в града, кръстен в памет на родителите им „Анка и Диман Петрови”. Издръжката на родилния дом също е била осигурена от братята. (б) В началото на 1943 г. Никола Лафчиев (1864–1945, юрист) прави голямо дарение от 206 250 лв. за основаване на фонд „Никола Стойчев Лафчиев от гр. Дряново“ при МНП, предназначен за подпомагане дейността на дружество „Червен кръст“. Капиталът трябва да се вложи в облигации, гарантирани от държавата и да се депозира в БНБ. Ежегодните приходи (лихви или допълнително внесени от дарителя суми) се капитализират до нарастване на капитала до 500 хил. лв. В началото на всяка година приходите от фонда да се изпращат на Върховното управление на българското дружество „Червен кръст“, което да

организира с тях „една укрепителна спирка“. Тя да осигурява първа медицинска помощ, подслон и прехрана на нуждаещите се. Изпълнителният комитет на дружеството приема дарението и награждава Н. Лафчиев с Големия кръст на БЧК. На 26 октомври 1943 г. той увеличава фонда с ново дарение от 126 хил. лв. Капиталът на фонда към 1 януари 1946 г. достига 419 350 лв. През 1947 г. със заповед на Министерство на народното просвещение двата фонда на името на Н. Лафчиев са обединени, а капиталът им, възлизащ на 1,286 млн. лв. се влива в държавния бюджет. (в) Андрека Енчев х. Михалев (1850-1932) се занимава с лозарство, търговия с вина и ракия и с лихварство. В завещанието си оставя на общинското управление на родния си Лясковец 200 хил. лв., с които щом нарастнат на 300 хил. лв. да се учреди фонд за строеж и поддръжка на здравно заведение с 10 легла. За управлението на фонда да се учреди ефория под председателството на кмета на града и с членове общински съветници, енорийския свещеник, градския лекар. През 1938 г. ефорията взема решение да сключи заем с Лясковската популярна банка, тъй като средствата не достигат за строежа. За терен се избира мястото на бившия конак, съборена след земетресението от 1913 г. Лясковското градско общинско управление обявява търг за възлагане на предприемач постройката на общинския здравен дом. Двуетажната сграда на здравен дом „Андрека Енчев“ е завършена до края на 1938 г. През следващата година домът се обзавежда с финансова помощ от Главната дирекция на народното здраве, а ефорията отпуска 80 хил. лв. за водоснабдяване на болницата и облагородяване на двора. (г) Бонка Стайнова (1860-1948) произхожда от авторитетно занаятчийско семейство. Съпругът ѝ от гайтанджия и търговец с предприемчивост се издига до голям индустриалец, поставя заедно с братята си началото на модерната промишленост и търговия в Казанлък. През 1937 г. Б. Стайнова дарява 300 хил. лв. на Казанлъшката община, а като свои представители посочва един от синовете си и зет си. Задачата им е да купят празно място в центъра на града, където да се построи лечебница и детски здравен дом. Строежът започва веднага и след една година на Общинския съвет е предадена двуетажна сграда на здравен дом „Бонка Стайнова“. На първия етаж е разположена градската лечебница, а на втория – детската здравна станция. На фасадата е вградена чешма с барелеф на дарителката. През годините в сградата се извършват много медицински дейности. Към 2010 г. там се помещава Медицински център „Арсенал“ ЕООД. Както става ясно от множеството приведени примери, дарителството не се ограничава единствено до отпускането на скромни или по-значителни суми пари. Много българи оставят за нуждите на здравеопазването своите **имоти**. (а) д-р Анастасия Головина подарява през 1927 г. къщата си на клона на Съюза на децата във Варна. В нея е открита здравно-съвещателна станция (детска консултация). В нея се огромяват млади момичета и майки за отглеждане на децата. (б) Сава Йотов е търговец, роден в Дряново, живее в София. Решава да подпомогне задоволяването на една от големите нужди на родния си град – откриването на здравно-съвещателна станция. Общинският съвет взема решение за строителство през 1935 г., но не разполага със средства. С. Йотов предлага строежът да стане на мястото на родната му къща, като дарението е в памет на неговите родители. Строежът започва през 1940 г., а построяването се финансира изцяло от дарителя и възлиза на около 550 хил. лв. В периода

1941– 42 г. общинският съвет безрезултатно търси от Дирекцията на народното здраве средства за обзавеждане и оборудване на построеното здание. Тогава С. Йотов отново подпомага дряновци. С решение на УС на АД „Сава Йотов внос – износ“ от септември 1942 г. се прави дарение на общината от 250 хил. лв. Със 150 хил. трябва да се закупят мебели и медицинско оборудване. Останалите 100 хил. са предназначени за създаване на благотворителен фонд „Сава Йотов – АД“, с лихвите от който да се поддържа сградата на дома. Управлението на фонда се поверява на кмета на Дряново, общинския лекар и директора на гимназията. Единственото поставено от С. Йотов условие при даряването на напълно завършената и частично оборудвана сграда е той и съпругата му да ползват една стая в дома. Здравният дом е открит тържествено на 25 юли 1943 г. Сава Йотов е провъзгласен за почетен гражданин на Дряново. Оборудваните здравно-съвещателна станция и градска амбулатория започват работа веднага. Третият етаж е пригоден за родилен дом. В сградата се помещава и безплатна ученическа трапезария. (в) Челеби Пизанти е собственик на тъкачна фабрика във Видин. Той прави дарение в памет на дъщеря си Нора Пизанти (1908-1935) която заминава за Виена да учи право, там се запознава със съпруга си и се завръща във Видин. Забременява, заболява и умира. През 1945 г. баща ѝ решава да почете нейната памет с дарение. Отстъпва част от дома си – етаж и половина от масивно здание на ул. „Болярска Павловска“. Условието на дарителя са зданието да служи за родилен дом, където бедните родилки да се приемат безплатно и да носи за вечни времена името Общински родилен дом „Нора Челеби Пизанти“. За обзавеждане и издръжка дарителят определя приходите от наемите на магазините „България“, книжарницата „Заря Балева“ и наемите от сградата, наета от Агрономството, които възлизат на над 200 хил. лв., заедно със сумата от 100 хил. лв. от еднократния данък, платен от Ч. Пизанти като лице от еврейски произход. На 10 юли 1945 г. Общинският съвет приема дарението и го прави публично достойние на видинското гражданство и пресата; първата родилка в дома кръщава дъщеря си Нора. Родилният дом обслужва всички родилки от града и околията. През 1946 г. там раждат 53 жени, през 1950 вече са 613. Поощряват се да раждат при асистирането на лекар и акушерки, а не в домашни условия. Общинският народен съвет оценява постигнатото и отчуждава два парцела земя, в които родилният дом да се разшири.

1.3. ЧАСТНИ ФОНДАЦИИ

Най-значителните по размер дарения са получавали статус на юридическо лице и са съществували като *класически фондации*. Те са се регистрирали в окръжния съд, притежавали са и са управлявали движимо и недвижимо имущество (основен капитал, пари, ценни книжа, имоти). Управлението им е било напълно автономно – от управителни съвети (ефории), които са били в правото си да вземат решения по всички организационни и финансови въпроси на фондацията.

Най-впечатляващ от периода е казусът с фондация **Дом на благотворителността и на народното здраве „Димитър Петров Кудоглу“** в гр. Пловдив. Димитър Кудоглу (1862–1940) е един от най-заможните български тютюнотърговци. Живее в Дрезден, но развива

широка филантропична дейност в България. Със собствени средства устройва аптека в с. Малко Габрово (дн. Габрово), снабдява я с лекарства, помага на стари, недъгави и болни; наема лекарка, която да лекува безплатно съселания му. През 1920 г. прави дарение от 100 хил. лв. на БАН за издаване или награждаване на литературни трудове. От 1929 г. пожелава от фонда да се награждават трудове с медицинска тематика. УС на БАН решава да се премират трудове, посветени на туберкулозата, детската смъртност и венерическите болести. Основният принос на Д. Кудоглу е учредяването и издръжката на здравен диспансер в Пловдив, наречен Дом на благотворителността и на народното здраве (1926 г.). Като мотив на дарителя се посочва, че: „Намирал съм смисъл в живота, радост и щастие само тогава, когато съм можал да направя нещо добро, да бъда полезен на народа си, на бедните, на страдащите. Богатството, спечелено с честен труд, трябва да служи човеку, за да върши добри и полезни дела.“ Волята на дарителя е в Пловдив да се открие диспансер, в който да се води борба срещу „най-опасните за обществото болести: детските, туберкулозата, венерическите“.

Дарението се състои от 5-етажно здание (бивш хотел), намиращо се на пл. „Цар Симеон“ в Пловдив. Дарителят поема задължението да преустрои сградата, да мебелира и оборудва болничното заведение според последните научни постижения. Управлението на фондацията се поема от ефория в състав дарителя, окръжния управител, кмета и председателя на окръжната комисия в Пловдив, представител на пловдивския клон на БЧК, председателя на Търговската камара, племенници на Кудоглу. Длъжностите на членовете ѝ са почетни. Ефорията трябва да разработи правилник за вътрешния ред на дома, за прием на болните, за назначаването на персонал и др. Тя няма право да отчуждава или ипотекира имотите на фондацията, нито да изразходва неприкосновените ѝ фондове. Ефорията назначава директора и персонала на Дома, определя техните задължения и възнаграждения, ръководи работата на Дома, съставя бюджета му, разрешава покупки на имоти, определя таксите, които ще се заплащат от по-заможните пациенти. Непосредствената работа на диспансера се ръководи от директор – лекар, който участва в заседанията на ефорията със съвещателен глас.

За издръжка на диспансера дарителят предава в пълна собственост и разпореждане на фондацията 2 тютюневи склада. Д. Кудоглу си запазва правото да ги използва до смъртта си срещу 800 хил. лв. годишен наем. За издръжка се предвижда да се използват още такси, плащани от заможните граждани за прегледи, помощи от държавата, окръга и общините, дарения, завещания и др. общият размер на дарението е 20 млн. лева – паричната стойност на зданието е 5 млн., а на складовете – 15 млн. лева.

На 5 декември 1926 г. е проведено първото заседание на ефорията. Изработени са предвидените вътрешно-нормативни документи. Веднага след учредяването на фондацията започва подготовка за откриване на здравното заведение. Дарителят и членовете на ефорията провеждат широки консултации относно организацията и бъдещата дейност на диспансера, основно с известни лекари. Сградата е ремонтирана, направено е парно отопление, нова електроинсталация, оборудвани са сервизни помещения, пералня. Разходите по ремонта,

възлизаци на 1,7 млн. лева са поети изцяло от дарителя. Д. Кудоглу предоставя други 3,126 млн. лева за закупуване на медицинска апаратура за кабинетите и лабораторията. Оформят се бактериологична лаборатория и три отделения: за деца и майки, за туберкулозно болни и за пациенти с венерически заболявания. Всяко отделение се завежда от лекар със специална подготовка, подпомаган от медицински сестри и служители. Директорът и лекарите формират съвет, който разисква въпросите, свързани с дейността на здравното заведение. Провеждат се и анкети по квартали, в големите тютюневи складове и в училищата за разпространението на заболяванията, за да се вземат превантивни мерки.

Безплатно се преглеждат всички деца с карти за бедност, издадени от общината и чиновниците с месечна заплата до 3 хил. лв. Средно-заможните с доход до 6 хил. лв. плащат част от таксата, а богатите – пълния ѝ размер.

Със свои средства Д. Кудоглу осигурява на завеждащия на туберкулозния отдел възможността да посети Югославия, Чехословакия, Австрия, Германия, Франция и Швеция, за да се запознае с организацията на работата на подобни здравни заведения.

Домът започва работа на 19 октомври 1927 г.

В отдела за деца и майки се преглеждат бременни жени и родилки, кърмачета и деца до 14 г. В противотуберкулозния отдел се преглеждат болни, дават ми се съвети и се насочват за лечение към съответните болници и санаториуми. Медицински сестри извършват посещения по домовете, изпращат болни за прегледи и дават съвети за начини за предпазване от заразата. Отделът за кожно-венерически заболявания извършва прегледи, създава се и брачна съвещателна станция за заболелите. Лабораторията разполага с модерен рентгенов апарат и друго оборудване. Тя обслужва не само Дома, но и държавните и католическата болници, частни лекари. Уредена е библиотека, а в салона се изнасят сказки на здравни и морални теми.

Земетресението от 18 април 1928 г. уврежда сериозно сградата на диспансера. Д. Кудоглу настанява отделите в чифлика му при гарата и здравното заведение не прекъсва дейността си. Той предоставя около 500 хил. лв. за ремонт на сградата и двата склада и два месеца след труса диспансерът възстановява работа. Кудоглу предоставя и 100 хил. лв. за подпомагане на пострадалите пловдивски граждани.

В началото на 1928 г. ефорията поема инициатива за откриването на противобясна станция. Тя е открита на 1 април 1929 г., помещава се в 3 здания, предоставени от Д. Кудоглу, който плаща и заплатата на лекаря.

Големите средства, предоставени от дарителя, позволяват на фондацията да развива широка дейност. Тя раздава дрехи, пелени и храна на бедните родилки и бебета. През 1938 г. се построява трапезария и гостилница за тютюноработниците.

Основната част от средствата за издръжка на диспансера идва от складовете. При разходи през 1928 г. от 1,3 млн. лева, 800 хил. постъпват от наемите. Останалите средства се набавят главно от такси от пациенти. Дарителят подпомага щедро фондацията до смъртта си. През 1928 г. той купува за нуждите на Дома парцел, намиращ се срещу складовете, предоставя и много средства за специализации на лекарите в чужбина.

През 1951 г. фондацията е закрыта с Указа за общественото подпомагане.

1.4. ДЕЙНОСТ НА ГРАЖДАНСКИ ОРГАНИЗАЦИИ

Основните области на дейност на гражданските организации в България през периода 1878–1944 г. са образованието (поради необходимостта от полагане основите на модерна държава, индустрия и търговия) и социалната сфера (поради тежкото положение на българите в началото на XX век). Съвсем естествено част от нововъзникващите организации насочват дейността си към здравеопазването.

Най-известната и оцеляла и до днешен ден е **Българския червен кръст**. Още по време на Руско-турската война (1877-1878) българи работят в полевите болници на Руския червен кръст. Идеята на червенокръсткото движение импонира на българските медици и общественици и в много градове се създават дружества, носещи името „Червен кръст”. Официалното учредяване на общонационално червенокръстко дружество става през юни 1885 г., а през октомври същата година Международния комитет на Червения кръст официално признава българското дружество⁵.

До 1944 г. между най-важните структури на БЧК са Училището за милосърдни сестри и болницата „Червен кръст“. Училището е открито през 1900 г., а през 1924 г. Министерство на народното просвещение го признава за средно специално учебно заведение. **Болницата „Червен кръст”** е открита също през 1900 г. като база за практическа подготовка на курсистките от Училището за милосърдни сестри. Много бързо тя става първостепенна с две отделения – вътрешно и хирургическо. През 1907-09 г. БЧК построява нова болница на място от 24 хил. кв. м., подарено безвъзмездно от Столичната община. При откриването на болницата двете отделения разполагат с 60 легла, които до 1944 г. нарастват на 100. Има лаборатории за химическо и бактериологично изследване, рентгенов кабинет, физиотерапевтичен кабинет, амбулатория. Създадена е една от първите диетични кухни в България. Болницата става източник на средства за БЧК, реализирайки ежегодно печалба между 100 хил. и 1 млн. лв. Успоредно с това има и широка благотворителна дейност – всички амбулаторни прегледи и болничното лечение са безплатни за бедни, тяхната издръжка се поема от дарителските фондове при БЧК. Болница „Червен кръст“ е единственото лечебно заведение, което не спира работа по време на бомбардировките над София през 1944 г. След 1944 г. държавата постепенно я отнема от БЧК, през 1951 г. тя става Институт за бърза медицинска помощ „Н. Ив. Пирогов“.

Особено активен е софийският клон на БЧК – през 1924 г. той открива първата здравно-съвещателна станция в страната; до 1933 г. в столицата са открити 6 здравно-съвещателни станции за деца, три за бременни, една за нервно и психично болни деца и две селски. Дамският комитет на БЧК работи активно за повишаване здравната култура на населението, организира лектории, курсове за сестри посетителки, учителки съветнички и др.

⁵ Повече за историята на БЧК и за съвременното му устройство – на <http://www.redcross.bg/>

Поради високото доверие на българите към БЧК, към него са учредявани множество дарителски фондове. Има запазени данни за 34 такива, част от които насочени директно за нуждите на здравеопазването.

През 1953 г. с указ се отнема правото на БЧК да притежава здравни и благотворителни институции, а създадените фондове са отнети.

Друга влиятелна благотворителна организация е било благотворителното дружество „Самарянка“. Създадено през зимата на 1910 г. по инициатива на втората съпруга на цар Фердинанд – царица Елеонора, то е подготвяло жени за хуманна и здравна дейност по време на войни и в мирно време. Самарянките работели в болници, отговаряли за хигиената, участвали в борбата с инфекциозните болести, дежуряли в питателните пунктове на гарите. За редовно членство се е изисквало преминаването през курсове и успешно полагане на изпити. В навечерието на Балканската война дружеството разполага със 180 добре подготвени самарянки. В началото на Първата световна война през едномесечни курсове преминават още между 400 и 900 жени. Завършилите съкратените курсове получават степен „санитарки“ и имат по-ограничени ангажменти. По някои данни над 1300 самарянки са участвали във войните от 1912-13 и 1915-18 година. Мнозина от тях заболяват или умират при изпълнение на дълга си. През 30-те години дейността на дружеството постепенно затихва. През 1947 г. Софийски окръжен съд постановява имотите на дружество „Самарянка“ да преминат към БЧК и то престава да съществува.

В периода функционират най-разнообразни граждански форми, насочени към сферата на здравеопазването⁶. През 1921 г. се създава **Дружеството на българските слепи**, първо като група за взаимопомощ, а впоследствие и като културна, образователна и благотворителна организация. Сред успехите на дружеството е създаването на оркестър, чрез който се издържат незрящи музиканти и се популяризира каузата на слепите. Възникват организации в помощ на **глухонемите** – Дружество на глухонемите, Комитет за дом-работилница за глухонемии в Петропавловския манастир и др. **Инвалидите** създават местни и национални организации – Съюз на дружествата „Инвалид“, Общ съюз на инвалидите, вдовиците, сираците и родителите на убитите през войните – София и др. **Софийско дружество „Здравец“**, основано през 1905 г. създава клонове и в други градове, притежава своя сграда в Панчарево, където провежда детски летни лагери. От 1907 г. насетне се основават **Общества срещу туберкулозата**. Подпомагани финансово от БДЧК, Съюза за закрила на децата, МВРНЗ, частни дарения и международна помощ, те поддържат мрежа от пунктове за контрол и надзор, санаториуми и летни детски лагери.

В същия период е създадена и първата професионална съсловна организация – **Българския лекарски съюз**. Основан е през 1901 г. и активно участва в изработването на законодателството в областта на здравеопазването.

⁶ Обобщението е направено по Гаврилова, Р. (1998), стр. 51-58

Значително присъствие и принос за напредъка на здравното дело в България имат и някои големи чуждестранни фондации, като фондация „Рокфелер” и Близкоизточната фондация (САЩ).

С промяната на политическата система след 1944 г. новият политически курс е към концентриране на цялата социална, образователна и здравна дейност в ръцете на държавата. Поради това поетапно се пристъпва чрез различни законови и административни разпореждания към ликвидиране на всички благотворителни структури. Първо те се задължават да закупят голям брой облигации от Заема на свободата (1945 г.). Тогава по-малките фондове влагат почти целия си капитал и работата им става невъзможна. Законът за национализация на частните индустриални и минни предприятия (1947 г.) нанася удар върху фондовете, които се издържат от лихвите от капитала на някои фабрики. Чрез Закон за бюджета и отчетността по бюджета, Закон за бюджета на НРБ за 1948 г., Закон за лицата и семействата и др. в периода 1948–49 г. се закриват фондове, произхождащи от завещания и дарения и управлявани от държавата. Средствата, с които разполагат, се внасят в държавния бюджет. Така престава да съществува фонд „Завещатели и дарители“ при МНП, както и подобни фондове към други министерства. По-късно тези разпореждания се прилагат и към СУ и някои училища. Чрез Закона за изповеданията (1949 г.) имотите на църковните благотворителни заведения се изземват в полза на държавата. През 1947 г. всички дарени и завещани на БАН имоти и приходите от тях образуват фонд „Академия на науките“.

С чл. 17 на Указ за общественото подпомагане от септември 1951 г. се задължават всички дружества и фондации в срок от 3 месеца да ликвидират своята дейност, да предадат имуществата си на народните съвети, а паричните средства – на Министерски съвет. По този начин за дълги години се прекъсва традицията на дарителството в България, както на това в малки размери, така и на развиващите се основни и планирани дарения.

2. ГРАЖДАНСКИ ОРГАНИЗАЦИИ В СЪВРЕМЕННОТО БЪЛГАРСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Картината на присъствието на граждански структури в здравеопазването през третото десетилетие на XXI век е много по-пъстра и съществено отличаваща се от наблюдаваната в края на Възраждането. Вместо описаните в исторически план усилия по поставяне на основите на модерно здравеопазване и осигуряване на достъп за всички прослойки от българското население, съвременната гражданската активност се реализира в условията на изградена (и непрекъснато разширяваща се) система от здравни и лечебни заведения, смесено финансиране чрез здравно осигуряване и частни плащания, гъста мрежа от фармацевтични услуги, висококачествено медицинско образование. Най-съществената отлика е в сферата на дарителството.

2.1. ИЗМЕРЕНИЯ НА ДАРИТЕЛСТВОТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПРЕЗ 2020 Г.

В съвременния етап българската държава има ангажимент към насърчаването на дарителските жестове на физически и юридически лица чрез предвидените данъчни

облекчения. Направени дарения за здравни заведения, лечебни заведения, БЧК или комуни за наркозависими позволяват намаляване на годишната данъчна основа за индивидуалните дарители с до 5%, а за фирмите – до 10% намаляване на положителния финансов резултат.

Най-изчерпателна картина на **състоянието на дарителството** в нашата страна предоставя ежегодният доклад на Български дарителски форум⁷. За 2020 г. той констатира ръст на направените дарения от компании, фондации, физически лица и еднолични търговци, като общата дарена сума надхвърля 117 млн. лева. Нарастването с близо 20% спрямо предходната година се отдава на пандемията от COVID-19 и свързаното с нея по-активно участие в мобилизирането на частни средства и доброволци в помощ на държавата. Сферата „здравеопазване“ е била приоритетна за 43% *бизнес организациите*, които са дарявали не само финансови средства, но и специализирана апаратура, лични предпазни средства и други материали. *Българските и чуждестранни фондации* подкрепят в по-малка степен здравната сфера, но наред с отпускани традиционни дарения, те създават и по-устойчиви форми като целевия фонд „Обединени срещу COVID-19“⁸. Насочен към подкрепа на местните общности, засегнати от пандемията, той приключи дейността си в средата на 2020 г., след като разпредели над 1 млн. лева сред 112 лечебни заведения, общини, читалища, граждански организации, училища, микро- и малки фирми. Здравеопазването е предпочетено от 56% от *индивидуалните дарители*. Нарастването на интереса към здравната сфера тук също се обяснява с пандемията, като 8% от хората изрично посочват, че са дарявали заради COVID-19.

Друга утвърдена форма за осъществяване на дарителство, получила още по-голяма тежест след закриването на Център „Фонд за лечение на деца“, е DMS платформата⁹. Според данните от годишния отчет за 2020 г.¹⁰, само кампанията на Министерство на здравеопазването DMS SOLIDARNOST само за два месеца набира над 400 хил. лв. от граждани и бизнес организации. Организираните през платформата 90 кампании за лечение на хора са привлекли 915 368 лв. (50% от дарителски SMS-и, а останалите – чрез онлайн дарения и банкови преводи).

Както става ясно от изложените факти, дарителството в сферата на здравеопазването остава изключително активно. То се пренасочва по-скоро към подпомагане на нуждаещите се от скъпо или недостъпно в страната лечение, за разлика от предходни исторически периоди, когато наред с индивидуалната подкрепа даренията са за изграждане и поддръжка на мрежата от здравни и лечебни заведения.

⁷ Последният публикуван доклад може да бъде намерен на: [Дарителството в България през 2020 г. \(dfbulgaria.org\)](http://dfbulgaria.org)

⁸ Фонд „Обединени срещу COVID-19“ - America for Bulgaria Foundation (us4bg.org)

⁹ DMS - платформата, чрез която може да подкрепите добри каузи като дарите онлайн или изпратите SMS на номер 17 777 (dmsbg.com)

¹⁰ [2020-Annual-Report-DMS.pdf \(dmsbg.com\)](https://dmsbg.com/2020-Annual-Report-DMS.pdf)

2.2. ПАЦИЕНТСКИ И СЪСЛОВНИ ОРГАНИЗАЦИИ

Индивидуалните участници в системата на здравеопазването са в уязвими позиции по различни причини. Пациентите имат нужда от защита поради недостатъчната си информираност; форсмажорните обстоятелства, при които понякога им се налага да вземат решения; зависимостта им от придържането към професионалната етика от страна на медицинските специалисти и др. подобни. От своя страна практикуващите медицина имат потребност от поддържане и разширяване на знанията си, достъп до най-новите технологии в своята сфера, не са предпазени от грешки. Правата на оказващите и получаващите медицинска помощ могат да бъдат адекватно представени и защитени от нестопански организации.

Пациентските организации обединяват хора, страдащи от определено заболяване, техни роднини и поддръжници; понякога членове на пациентски организации стават и медици от съответната специалност или област. Класическите задачи, които си поставят подобни сдружения, са разпространяване на информация за болестта, нейните симптоми, отражението им върху качеството на живота; търсене на достъп до медиите за огромяване на населението за даденото заболяване, неговите последици и възможностите за избягването му; споделяне на отражението от заболяването върху личността и ежедневните ѝ дейности; възможности за справяне с настъпващите ограничения в начина на живот. Често тези организации са форум за социална подкрепа, действайки като социална мрежа за страдащите от дадено заболяване; те се занимават с разпространение на информация за методи на лечение, най-нови изследвания, алтернативната медицина и нейните достижения в областта; споделят отзиви за работата на лекари и други медицински специалисти; препоръчване на добри професионалисти и предупреждение за недобросъвестно отнасящи се към пациентите си лекари; споделяне на добри лекарски практики; улесняват достъпа до различни институции – основно социални служби. Не на последно място е задачата на пациентските организации да оказват въздействие върху органи на публичната администрация за подобряване на работата им със страдащи от дадена болест, да лобират за усъвършенстване на законодателството и др.

Обобщени данни за активните пациентски организации могат да бъдат извлечени от различни информационни сайтове и портали като www.zdravenchas.org или www.puls.bg. Към м. март 2022 г. първият портал съдържа контакти на 50, а вторият - на 73 пациентски организации. Те са разпределени основно в по-големите градове на страната и са посветени на всякакви типове заболявания и пациенти; някои от тях защитават интересите на родителите на болни деца; има и женски сдружения.

През последните две десетилетия част от българските пациентски организации предприема целенасочени стъпки, чрез които да засилят влиянието си върху обществото и институциите на властта. Те създадоха свои обединения (асоциации, форуми, конфедерации) за защита на правата на пациентите въобще. Някои от тези организации (като Националната пациентска организация, федерация „Български пациентски форум“, конфедерация „Защита на здравето“

и т.н.) са изключително активни, включват се в публични обсъждания, а техни представители са търсени за мнение от медиите и при вземането на някои политически решения в системата. В различни години някои от тях отговарят и на параметрите, заложи в чл. 86в от Закона за здравето и на Наредба №8 от 19.11.2015 г. за т.нар. представителни пациентски организации.

Традиционна форма на присъствие на граждански структури в здравеопазването са сдруженията, които защитават интересите на хората, полагащи квалифициран труд в сферата на здравеопазването. Това са **съсловните организации** (професионални асоциации, дружества, или съюзи). Обичайната практика е това да са сдружения, които имат за основна цел развитието на дадена професия и защитата на хората, които я упражняват. На някои съсловни организации държавата възлага сертифицирането на полагания в съответната област труд, правата за съблюдаване на професионалната етика, някои контролни функции. В практиката на отделни страни тези организации са и профсъюз на работещите в съответната област. Националните съсловни организации са традиционен участник в консултативни органи, чрез които защитават пред държавата интереса на своите членове, но и от друга страна се грижат за защитата на обществения интерес. Не на последно място, дружествата на упражняващите определена професия, се ангажират в поддържането на качеството, разработването на образователни или квалификационни курсове, подкрепата на научни изследвания.

Нормативната уредба на най-големите български съсловни организации в здравеопазването се изгражда от: Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина¹¹, който урежда статута на Българския лекарски съюз и Българския зъболекарски съюз и Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти¹², който урежда статута на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи.

През последните десетилетия в страната се създадоха множество **професионални сдружения на доброволен принцип** (далеч по-съответстващ на духа на гражданския сектор). Те най-често обединяват практикуващите в конкретна медицинска специалност или област като подпомагат кариерното им развитие, споделянето на опит, организират научни форуми, издават списания и т.н. Чрез подобни дружества се улеснява и връзката с международната научна медицинска общност, създават се контакти, разпространяват се добри практики. Повечето български професионални здравни сдружения членуват в различни международни професионални асоциации и така създават активни мрежи за обмен на информация. Друга съществена част от работата на този тип сдружения е популяризирането на начини за водене на здравословен начин на живот, профилактика на дадено заболяване, улесняват връзката лекар – пациент. В сайтовете на БЛС и БСС¹³ могат да бъдат намерени координати на повече от 40 такива сдружения.

¹¹ Обн., ДВ, бр. 83 от 21.07.1998 г., посл. изм. и доп., бр. 85 от 02.10.2020 г., в сила от 30.09.2020 г.

¹² Обн. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005г., изм. и доп. ДВ. бр.85 от 2 Октомври 2020г.

¹³ https://blsbg.com/bg/meditsinski-druzhestva-i-sdruzheniia_p2173.html и <https://bzs.bg/bulgarian-organization/>

В България функционират и браншови организации, специализирани да защитават интересите на **производителите на здравни услуги**: Асоциация на болниците в България, Национална асоциация на частните болници, Българска асоциация за лекарствена информация, Медико-фармацевтична асоциация, Национална асоциация на работодателите от здравеопазването в Република България, Национално сдружение на денталните центрове в България, Национално сдружение на лечебните заведения по онкология, Сдружение на бургаските болници, Сдружение на общинските болници в България и др. Както се вижда, нестопанската форма се използва за защита на интересите както на общински, така и на честни лечебни заведения; прилага се на национално и регионално ниво; използва се и от работодателите в здравеопазването.

2.3. ДЕЙНОСТ НА ГРАЖДАНСКИ ОРГАНИЗАЦИИ

Здравеопазването е естествено поле за работа на сдруженията и фондациите, съставляващи ядрото на институционализирания граждански сектор в страната. Законът за юридическите лица с нестопанска цел дефинира общественополезната дейност като „1. развитието и утвърждаването на (...) здравеопазването, (...); 2. подпомагането на социално слабите, на инвалидите или лицата, нуждаещи се от грижи”¹⁴.

В *Информационния портал на неправителствените организации в България* към м. март 2022 г. са вписани общо 14 212 организации. Търсенето в базата данни по сфера на дейност „Здравеопазване, права на пациента” идентифицира **1 019 организации**¹⁵. Това са сдружения (720 бр.), фондации (254 бр.) и други типове структури, които работят основно в обществена полза (посочено от 970 от организациите). Малка част от тях (100 бр.) посочват, че привличат в дейността си доброволци.

Някои от тези организации посочват здравеопазването като *съпътстващ елемент част* спрямо общата си цел за развитие на гражданското общество, поддържане на местни общности, комплексна грижа за определени социални групи; други са по-скоро ориентирани към местно или регионално развитие, обществени дарителски фондове, ромски фондации, организации за работа с деца. Здравеопазването е неизменен елемент от целите на всички видове спортни клубове, туристически и екологични сдружения, пенсионерски организации, родителски асоциации и настоятелства на училища и детски градини.

Основните направления на дейност на гражданските организации, които са „по-тясно специализирани“ в здравната сфера, са няколко: оказване на социални и здравни услуги; здравна просвета и профилактика; изследователски центрове. В групата на производителите на здравни услуги попадат институти или центрове, работещи в областта на психичното здраве, социалната интеграция, борбата с наркоманиите, репродуктивното здраве. Пример е фондация „Асоциация Анимус”, създадена от жени-професионалисти психолози, психотерапевти и социални работници. Към нея работи Център за възстановяване,

¹⁴ Закон за юридическите лица с нестопанска цел, чл. 38, ал. 1.

¹⁵ НПО - Информационен портал за неправителствените организации в България (ngobg.info)

консултиране, психотерапия и психоанализа, в който се осъществяват психологически консултации, краткосрочна или дългосрочна психотерапия, клинична и социална работа.

Съществена част от анализираниите организации се насочва към промоция на здравето, популяризиране на съвременна информация и алтернативни методи на лечение, създаване на форуми за споделяне на опит и взаимопомощ. Някои примери за множеството форми на реализация на гражданска инициатива в тази област са: (1) фондация „Искам бебе”¹⁶, чиито цели са подкрепа и активно съдействие при решаване на проблемите с репродуктивното здраве на семействата и несемейните двойки в България; разпространение на информация и знания за проблема „стерилитет” и неговото лечение, повишаване здравната култура на нуждаещите се от лечение и на обществото като цяло в областта на репродуктивното здраве и методите за профилактика на безплодието; даване гласност на емоционалните и социални проблеми, съпътстващи безплодието и създаване на успешен модел на гражданско въздействие за подпомагане на решаването им. (2) Фондация „Макове за Мери”, която работи в подкрепа на родители, преживели интраутеринна или перинатална смърт на дете. Сред целите ѝ са изграждане на групи за психологическа подкрепа, издаване на печатни материали за родители и медицински специалисти, провеждане на обучения за медицински специалисти с цел сенсibiliзирането им към страданието и нуждите на тези родители, провеждане на информационни кампании и кампании на национално ниво за подобряване на болничните практики в случаите, когато едно бебе се ражда мъртво или загива скоро след раждането. (3) Фондация „Инициатива за здраве”¹⁷, която над 22 години работи за намаляването на здравните щети сред употребяващите наркотици и продаващите сексуални услуги, както и за тяхното приемане и равнопоставеност в обществото.

Различни специализирани центрове и институти предлагат алтернативи на провежданите реформи, защитават различни политики в здравната сфера, провеждат самостоятелни изследвания, популяризират варианти на решаване на различни проблеми. Много често една от основните задачи на организации от този тип е и набирането, разпространението и анализа на информация в сферата на здравеопазването с оглед подобряване на качеството на вземаните от различни институции решения в сферата на здравеопазването. Споделя се и чуждестранен опит във финансирането, организирането и предлагането на здравна помощ. Обикновено тези организации се създават от здравни мениджъри, икономисти, хора с опит в администрирането на здравната система на национално ниво, политици. Някои от утвърдените мозъчни тръстове в сферата на здравеопазването са фондация „Международен институт по здравеопазване и здравно осигуряване”, сдружение „Център за защита правата в здравеопазването”¹⁸, Национално сдружение за здравна политика и мениджмънт, Център за здравни стратегии и програми и др.

¹⁶ <http://www.iskambebe.bg/>

¹⁷ Инициатива за здраве | Фондация "Инициатива за здраве" (initiativeforhealth.org)

¹⁸ <http://www.czpz.org>

3. ИНСТИТУЦИИТЕ НА ГРАЖДАНСКОТО ОБЩЕСТВО КАТО ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ?

Навлизането на гражданските структури в практиката на българските лечебни заведения все още е с допълващ характер. Съществува възможността болници да регистрират или участват в създаването на сдружения или фондации, за да подобрят качеството на своето управление, да се приближат до пациентите си, да популяризират дейността и постиженията си, да мотивират медицинския си персонал и да му осигурят възможности за поддържане и повишаване на квалификацията и т.н. Друг вариант за имплантиране на граждански активизъм е създаването на здравни медиатори и въвеждането на фигурата на болничния омбудсман. Действащ пример за тази линия на взаимодействие са *болничните настоятелства*, предвидени в чл. 82-85 от Закона за лечебните заведения¹⁹. Те се учредяват от собствениците на лечебното заведение, а в състава им се включват обществени фигури, представители на гражданското общество, дарители и други личности, които могат да подпомогнат болницата.

По-интригуваща е хипотезата самите лечебни заведения да могат да бъдат създавани и да функционират по правилата, развити за институциите на гражданското общество. Изследователи намират връзка между чл.3, ал. 4 от Закона за лечебните заведения, който забранява на лечебните заведения да извършват друга търговска дейност, освен „за нуждите на осъществяваните от тях медицински дейности и за обслужване на пациентите” и задължението за гражданските организации да използват приходите си единствено за постигане на избраната от тях мисия (чл. 3, ал. 6 и ал. 3 от Закон за юридическите лица с нестопанска цел)²⁰. Логиката сочи, че при такава постановка водещи при вземането на решенията ще бъдат не търговските интереси на собственици или акционери, а професионалната посветеност на пациента.

Въпреки това у нас все още не е възможно здравни или лечебни заведения да бъдат регистрирани според разпоредбите на Закона за юридическите лица с нестопанска цел. Нещо повече, идеята за промяна на търговския статут на болниците в България е високо дискуссионна и среща остра критика като трудно приложима, несъответстваща на установени практики, излишно бюрократична²¹. За добавяне на аргументи, в този параграф ще бъде направен преглед на някои чуждестранни практики.

В редица европейски страни може да бъде проследено прякото производство на услуги от нестопански болници, амбулатории, лекарски практики, сестрински домове, центрове за рехабилитация, специализирани клиники и др. подобни. Създаването на нестопански лечебни заведения става най-общо по два начина²². Първият вариант е със заповед или решение на изпълнителната власт – Министерство на здравеопазването (Франция, Ирландия)

¹⁹ Обн. ДВ. бр.62 от 9 Юли 1999г., посл. изм. ДВ. бр.8 от 28 Януари 2022г.

²⁰ Вж. Бояджиев, М. и кол.(2002), стр. 24-25

²¹ Показателно в това отношение е обобщението в: [Новини - Нужна ли е промяна на търговския статут на болниците? \(zdrave.net\)](http://Novini.net)

²² Бояджиев, М. и кол. (2002), стр. 13-14

или държавния секретар (Великобритания). В заповедта се описва кръгът от разрешени за извършване здравни услуги, условията за финансиране, режимът за отчитане, броят и възнаграждението на работещите в лечебното заведение. При процедурата са предвидени задължителни консултации с национални здравни тръстове, местните здравни власти (Великобритания), комитетите по здравна и социална организация (Франция). На второ място, в Белгия, Испания, Италия се прилага акредитационна процедура. Министерството на здравеопазването дава разрешение за извършване на определени здравни услуги при точно фиксирани условия – наличие на финансов план на лечебното заведение, осигуряване на външен контрол на качеството и финансова прозрачност.

Сред примерите за използването на нестопанска форма в производството на здравни услуги могат да бъдат посочени²³: (1) Франция, в която 2/3 от болничните легла са в държавни или нестопански болници. Последните получават от държавата грантове за научно-изследователска дейност и обучение на студенти, както и за спешна помощ, донорство и трансфер на органи и трансплантации; (2) Някои болници във Великобритания са независими тръстове на фондации, които съгласно Закона за здравето от 1999 г. поемат осъществяването на първична болнична помощ и обществени програми; (3) много болници в Белгия и Люксембург са собственост на благотворителни религиозни ордени; (4) в Испания титуляр на здравните заведения са юридически лица с нестопанска цел, на които е забранено оказването от тях болнична помощ да бъде източник на доходи. Лечебната дейност е изрично разрешена като дейност за фондациите.

В практиката на други страни нестопанската форма се използва дори в сектора на здравното осигуряване, като например датският нестопански здравноосигурителен фонд Danmark, който реимбурсира разходи за лекарства, стоматологична помощ, физиотерапия, лещи и покрива около 30% от населението на страната. Във Франция взаимноизгодни нестопански организации на професионален принцип (*mutuelles*) покриват 87-90% от населението. Те допълват финансирането на услуги, включени в схемите на общественото здравеопазване. В Германия публичното финансиране на здравеопазването се осъществява от над 300 здравноосигурителни фондове, които са автономни неправителствени, нестопански организации. Във Великобритания здравноосигурителни нестопански фондове предлагат допълнително здравно осигуряване.

Холандското здравеопазване е типичен пример за комбинацията частно производство – държавно финансиране²⁴. Корените на съвременната частна организация на здравеопазването в Холандия лежат не толкова в грижата за определена група, а в стремежа медицината да бъде достъпна за всички, вкл. за хората с ограничени средства. Държавата си запазва ролята да регулира системата и да инспектира здравните и санитарни условия, в които живее населението. По принцип образователните, социалните и здравните услуги в Холандия се извършват основно от нестопански организации, но се финансират от държавата или от трета страна. Поради това най-много от заетите в холандския нестопански сектор (5% от всички

²³ Обобщени по: Description of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, February 2008

²⁴ Данните за Холандия са обобщени по Burger, A., V. Veldheer (2001) и Burger, A., P. Dekker (2001)

заети в страната) работят в здравеопазването; 27 % от оперативните разходи в сектора са за здравеопазване; 71,7% от дните за хоспитализация се осъществяват в нестопански лечебни заведения; 88,9% от пребиваващите са в нестопански сестрински домове; общо 70,4% от всички заети в здравеопазването работят в нестопанския сектор. Предпочитанието към нестопанските организации дава възможност и на пациентите (или на съществуващите пациентски съвети) да посочат свой представител в управлението на здравните и лечебни заведения или да имат съветнически функции при вземането на решения в сектора.

Ако изключим федералните болници и психиатричните клиники, 58% от другите болници в САЩ са неправителствени, нестопански организации (срещу 24% частни и 19% щатски и местни)²⁵. В тях са съсредоточени повече от половината болнични легла и се правят над 60% от разходите. Нестопанската форма е особено разпространена сред неспециализираните болници за краткотраен престой.

Вторият по големина компонент в американската система на здравеопазване са специализираните клиники (психиатрии, туберкулозни диспансери, заведения за лечение на хронични заболявания, кръвни банки, центрове за хемодиализа, центрове за рехабилитация, клиники за наркомани и др. подобни) и здравните грижи по домовете (организирано осигуряване по домовете на квалифицирана сестринска или медицинска помощ). Въпреки че се сблъскват със сериозна конкуренция от страна на частни заведения, нестопанските структури в тази област също имат своята роля. Те са признати за пионери в американската практика по грижи за болни от СПИН, лечение на зависимости, грижи в хосписи. По данни от началото на новия век, като нестопански работят 76% от американските хосписи, 36% от рехабилитационните центрове, 32% от центровете за диализа, 28% от сестринските домове; в тях работят 45% от служителите и се осъществяват 43% от приходите.

В 42 изследвани страни от цял свят, към 2017 г. в граждански структури в сферата на здравеопазването работят 11 515 170 души (преобладаващо платен персонал). Това са общо 12,1% от ангажираните в гражданския сектор на тези държави доброволци и платени служители²⁶. В Западна Европа картината е още по-изразителна. Там в сферата на здравеопазването работят две трети от заетите в нестопанския сектор. Това отразява историческата роля, която са играли в тази област католическата и протестантската църква. В Централна Европа здравеопазването е далеч по-слабо представено в палитрата от дейности в гражданския сектор. Там основното внимание е насочено към културата и свободното време, вероятно поради поддържането на подобни организации по времето на комунизма. За оказването на услуги в области като здравеопазване, образование и социални услуги държавата си остава предпочитан производител. Поради това заетите с здравната сфера са едва 8% от всички работещи в нестопанския сектор. В другите развити страни, включени в проекта – САЩ, Япония, Австралия и Израел – здравеопазването е основна област на заетост в нестопанския сектор е с 35% от работещите. В САЩ 46% от работещите в нестопанския

²⁵ Fast Facts on U.S. Hospitals, 2022 | АНА

²⁶ Данните са обобщени по материали от The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project ([Comparative Nonprofit Sector Project \(1991-2017\) – Johns Hopkins Center for Civil Society Studies \(jhu.edu\)](#))

сектор са заети в сферата на здравеопазването. За Япония това число е 47%, в Израел – 27%, а в Австралия – около 20%.

Разбира се, гражданските структури не са панацея за решаването на комплексните проблеми на съвременните здравни системи. Високата капиталоемкост и нивата на оперативни разходи в здравеопазването, финансирането на дългосрочната здравна грижа, сложността и социалната значимост на някои заболявания – всичко това са причини, поради които гражданските организации не могат да изместят традиционните форми на оказване на здравни услуги. Въпреки това, тяхната подкрепяща и допълваща роля трябва да бъде допълнително стимулирана и възприета като естествена част от цялостната здравна система и политика в нашата страна.

БИБЛИОГРАФИЯ

Burger, A., P. Dekker (2001) *The Nonprofit Sector in the Netherlands*, working document 70, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag

Burger, A., V. Veldheer (2001), *The Growth of the Nonprofit Sector in the Netherlands*, in: *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 30, No. 2, June 2001

Бояджиев, М. и кол. (2002), Правен режим на лечебните заведения в България, страните от ЕС и САЩ, Български център за нестопанско право, София [Bojadziev, M. I kol. (2002), *Praven rejim na lechebnite zavedenija v Bulgaria, stranite ot ES I SAST*, Bulgarski centar za nestopansko pravo, Sofia]

Гаврилова, Р. (1998), История на гражданските организации в България, в: Към историята на гражданския сектор в България, Фондация за развитие на гражданското общество, София [Gavrilova, R. (1998), *Istoriija na grajdanskite organizatsii v Bulgaria*, v: *Kum istorijata na grajdanskija sector v Bulgaria*, Fondatsija za razvitie na grajdanskoto obstetvo, Sofia]

Дарителството в България през 2020 (2022), Български дарителски форум, София - Дарителството в България през 2020 г. (dfbulgaria.org) [Daritelstvoto v Bulgaria prez 2020 (2022)]

Енциклопедия „Дарителството”: Дарителски фондове и фондации в България 1878 – 1951 (2011), том I - III, Български дарителски форум и ИК „Проф. Петко Венедиктов”, София [Entsiklopedija “Daritelstovo”: Daritelski fondove I fondatsii v Bulgaria 1878-1951 (2011), tom I-III, Bulgarski daritelski forum I IK “Prof. Petko Venediktov”, Sofia]

Закон за лечебните заведения, Обн. ДВ. бр.62 от 9 Юли 1999 г., изм. ДВ. бр.8 от 28 Януари 2022 г. [Zakon za lechebnite zavedenija, Obn. DV. br.62 ot 9 July 1999 g., izm. DV. br.8 ot 28 January 2022 g.]

Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, Обн. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005 г., изм. и доп. ДВ. бр.85 от 2 Октомври 2020 г. [Zakon za suslovnata organizatsia na medicinskite sestri, akusherkite i asotsiiranite medicinski specialisti, Obn. DV. br.46 ot 3 Juni 2005 g., izm. i dop. DV. br.85 ot 2 Oktomvri 2020 g.]

Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина, Обн., ДВ, бр. 83 от 21.07.1998 г., изм. и доп., бр. 85 от 02.10.2020 г. [Zakon za suslovnite organizatsii na lekarite I na lekarite po dentalna medicina, Obn., DV, br. 83 ot 21.07.1998 g., izm. i dop., br. 85 ot 02.10.2020 g.]

Закон за юридическите лица с нестопанска цел, Обн. ДВ. бр.81 от 6 Октомври 2000 г., изм. ДВ. бр.107 от 18 Декември 2020 г. [Zakon za iuridiceskite litsa s nestopanska tsel, Obn. DV. br.81 ot 6 Oktomvri 2000 g., izm. DV. br.107 ot 18 Dekemvri 2020 g.]

Стратегически документ, анализиращ участието на ЮЛНЦ в предоставянето на здравни услуги в Република България (2008), Български център за нестопанско право, София [Strategiceski document, analizirast uchastieto na ULNT v predostavjaneto na zdravni uslugi v Republika Bulgaria (2008), Bulgarski tsentur za nestopansko pravo, Sofia]