

ЗДРАВНОПОЛИТИЧЕСКИТЕ АНАЛИЗИ – ОСНОВА ЗА РАЗРАБОТКА НА СЪВРЕМЕННА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА

Проф. г-р К. Чамов, гм

HEALTH POLICY ANALYSIS – BASE FOR DEVELOPMENT OF MODERN HEALTH POLICY

Prof. Dr. K. Tchamov, MD



1. Съвременни характеристики на здравната политика

Съвременният свят, в който здравните политици разработват своята политика, става все по-сложен, несигурен и непредсказуем. Електоратът вече е добре информиран, има нарастващи очаквания и претенции към обществените и частни служби, които да отговорят на неговите индивидуални потребности. В редица страни ключови политически въпроси като здравно обслужване, социални грижи, трудова заетост, образование, престъпност и др. се оказват трудно решими, както във вътрешнополитически, така и в международен аспект. Всичко това налага правителствата да насочат вниманието си към работещи решения, които да осигурят необходимата промяна. От друга страна, здравните политици трябва да се адаптират към предизвикателствата на бързо променящата се обществена среда, ако искат политиката им да бъде ефективна и да се ползва с доверие. Това изисква те да познават и прилагат следните съвременни характеристики на здравнополитическия процес, определящи го като:

- **Стратегически** – проспективен и допринасящ за реализация на дългосрочните цели на правителството.
- **Резултатен** – целящ да осъществи желаните промени в реална среда.
- **Междусекторен** – надхвърлящ институционалните и междусекторни граници.
- **Консенсусен** – отчитащ интересите на всички участници.
- **Новаторски и гъвкав** – ликвидиращ причини, а не симптоми, експериментиращ.
- **Работещ и стабилен** – показващ положителни резултати от стартирането си.
- **Базиран на доказателства** – използващ най-добрите доказателства от различни източници.

• **Партньорски ориентиран** – включващ партньорства от най-ранните фази на планиране и реализация.

Политиката се формулира йерархично, въпреки че не всички решения се вземат на най-високо ниво. Независимо от нивото, необходим е политически анализ за определяне на вариантите решения за постигане на поставените цели и оценка на последствията въз основа на достоверна информация.

Здравната политика е елемент на социалната политика, като има специфичен обществен и хуманитарен аспект. Тя е свързана със здравна сигурност на населението и е една от ценностите на обществения социален договор в демократичните държави.

Твърде често при формулиране на здравната политика у нас, политическите, идеологическите и икономически фактори надделяват над научните доказателства и управленската логика. Целите на здравнополитическия процес на практика се определят не от целесъобразност и ефективност, а от политическите убеждения и ценностната нагласа на политиците, както и от финансови съображения, фактора време и реалната политика. Дали и кога се използват доказателства, зависи основно от политическия дневен ред, от идеологемите на деня и политическата ориентация на правителството, а в по-малка степен от характера и достоверността на фактите.

Рядко използваните доказателства остават интактни в хода на политическия процес, предвид влиянието на редица второстепенни фактори при избора на решения. Това потвърждава два извода: първо, че доказателствата следва да взаимодействат с контекста преди той да бъде окончателно формулиран като политика и практика; и второ, че различните видове доказателства са полезни по различно време и на различни етапи в развитието на политическия процес.

2. Технологична рамка на здравнополитическите анализи

Здравнополитическите анализи са насочени към използването на различни научни и практически методи за формулиране на вариантни решения, включващи оценка на специфичните въздействия и последствията от приложението им. Политическите анализи са зависими от конкретните условия на средата и времето, което често ги прави опортюнистични.

Ценностната рамка на националната здравна политика се формира под въздействието на редица ситуационни фактори като:

- обществени ценности и норми;
- ниво на икономическо и социално развитие;
- детерминанти на здравето като социално осигуряване, жилища, хранене, условия на труд и бит, замърсяване на околната среда и др.;
- качеството на човешките ресурси, технологична и ресурсна осигуреност на системата.

В демократичните държави с пазарни икономики следните три конфликтни обществени ценности формират базата на здравната политика, а именно: равнопоставеност, лична автономия и ефикасност. Това показва, че реализацията на избраната здравна политика на практика се оказва по трудна от първоначалните очаквания. Българското здравеопазване сега изпитва значителни трудности, които в малка степен имат пряка връзка със същността и философията на провежданите реформи в здравния сектор. Тези трудности се оказват резултат на:

- незначителното внимание, отделяно на процеса за внедряване и неговата технология;
- неадекватното планиране на този процес;
- отсъствието на стратегия за управление на промяната;
- отсъствие на здравно-политически дебат по въпросите на здравната политика.

Структурата и съдържанието на здравнополитическите анализи в значителна степен се определят от детерминантите на здравната политика и технологията за нейната реализация. Те подпомагат политици и мениджъри при оценката на факторите, улесняващи или пречатващи процесите на промяна. Анализът на здравната поли-

тика като технология се фокусира върху съдържанието и подходите за реализация, върху участниците в процеса и върху условията на средата, в която тя се реализира.

Рамките, в които се осъществяват здравнополитическите анализи включват:

2.1. Анализ на макроикономическото състояние

Основно препятствие при реализацията на здравната политика се оказва слабостта или липсата на реална подкрепа от националната икономика. В България протичат икономически процеси, водещи до ограничаване на финансовите ресурси, отделяни за здравеопазване, които налагат задълбочен анализ. Те оказват огромен натиск върху размера на обществените разходи и имат за резултат опити за прехвърляне на финансовото бреме от държавата и органите на централната власт, към джоба на отделния гражданин, към автономни институции или към общините като органи на местната власт. В периодите на икономическа криза съществуват ограничени възможности за финансово маневриране, а процесът на планиране особено, когато е насочен към екстензивно развитие, се оказва нереалистичен. Подобна характеристика на макроикономическото състояние у нас води до снижаване на професионалната компетентност и морал, до липса на изобретателност и иновации. При нестабилна икономическа база реформите се развиват трудно, стига се до имитация на дейности чрез създаване на нормативна база, която не може да бъде реализирана.

2.2. Анализ на политическата среда

При оценката на политическата среда у нас следва да се анализират:

- структурата, стабилността и капацитета на политическите институции;
- постановките на съществуващото законодателство и нормативна база;
- балансът на силите между частния и обществения сектори;
- стабилността, потенциала и ефикасността на местните власти.

В държавите с фондово здравно осигуряване, министерствата на здравеопазването имат нисък статут в политическата йерархия. Поради това, здравеопазването е в края на списъка за финансиране на обществените и социални реформи в тези страни.

Най-често срещаните политическите проблеми, свързани с реформаторски интервенции, са:

- конфликти между отделните власти и коалиционните партньори, водещи до политическа нестабилност;
- непоследователна здравна политика и липса на политическа воля за промяна;
- честа смяна на здравните мениджъри при смяна на управлението;
- формална акредитация и ниска ефективност на здравните организации.

2.3. Анализ на ценностната нагласа на обществото

Формулирането и реализацията на здравната политика индуцира съществени конфликти между политици, здравни специалисти и население, както и вътре във всяка от тези групи, най-вече при опитите за въвеждане на пазарни механизми в здравеопазването. В случаите, когато ценностната система на обществото влезе в конфликт с целите на промяната, тогава възниква противодействие на обявената политика. Когато целите на реформата са свързани с повишаване на данъците и въвеждане на допълнително заплащане, представени с мъглява идеологическа пропазарна риторика, то те срещат опозицията на групи от населението и медицинските специалисти, ориентирани към обществената здравна политика и антипазарните ценности.

2.4. Анализ на въздействията от външни фактори

Редица външни фактори играят съществена роля при развитието на реформите в здравеопазването. Основен момент в случая е трансфера на реформаторски идеи и модели за реформа през границите на държавите. Вносът на готови реформаторски модели от други държави оказва силно влияние не само върху програмното съдържание на реформите, но и върху тяхната реализация. Вносът на чуждестранни модели най-често се извършва на идеологическа основа, без специализирана експертна оценка на адекватността и необходимите ресурси за тяхната реализация. Нашите изследвания показват, че реформаторските модели, наложени отвън, остават с ниска степен на обществено доверие и с трудности при реализацията.

2.5. Анализ на разпределението на силите и властта

Анализът на силите, интересите и властта е от важно значение за формулирането на успешна здравна политика. Нейната реализация в най-голяма степен зависи от съществуващата в страната политическа и административна система, както и от възможността по-ниските ешалони на властта да изпълняват успешно поставените им задачи. Реализацията на всяка реформа зависи от силата и обема на политическата власт, с която разполага правителството, както и от механизмите, които централната власт притежава за въздействие върху местните власти. Реализацията на различните аспекти на реформата зависи и от властта, с която разполага министерството на здравеопазването. В държавите със здравноосигурителни системи министерствата на здравеопазването са традиционно политически и финансово слаби в сравнение със здравноосигурителните фондове.

2.6. Операционализиране на политиката

Степента на децентрализация на здравната система и разпределението на властта между централните и местните органи и институции в значителна степен влияе върху ефективността и темповете на внедряване на приетата политика. Анализът на здравната реформа у нас установява съществени несъответствия между заявената политика и стратегиите за нейното осъществяване. Типичен пример в тази насока бе въвеждането на здравноосигурителната система в България, което бе ориентирано повече към процеса за реструктуриране на отношенията между обществените и частния сектори, между политици и мениджъри и в незначителна степен към отношенията между медицинските специалисти и пациенти. Анализът на българските здравни стратегии показва пренебрегване на два основни здравнополитически аспекта – изборът на подходи за реализация на реформата и отсъствието на оперативен анализ на силите и интересите на действащите субекти в този процес. Тези два пропуски блокираха за продължителен период от време реализацията на здравната реформа у нас.

2.7. Анализ на скоростта за реализация на здравната политика

Проведеният от нас анализ установи съществени различия в начина, по който различните държави подхождат към реализацията на здравната си политика и в частност реформаторски интервенции. Възможността за бърза реализация е важен аспект на планирането на здравнополитическия процес. Той е тясно свързан с въздействието на фактори като: политическа ориентация и стабилност на правителството; ролята на партньорите и опозицията му; наличието на план за реализация на приетата политика; силата на неправителствените организации и др.

Бързата реализация на здравната политика е възможна при стабилно правителство и политическа подкрепа, компетентна и мотивирана администрация и добра финансовата осигуреност.

2.8. Анализ на действащите субекти и техните интереси

Анализът на действащите лица има за цел да проучи баланса на интересите на участниците в здравнополитическия процес. Те имат определени заявени или тайни политически, обществени, корпоративни или личностни интереси. Многообразието на заинтересованите субекти позволява да се говори за „претоварена политическа среда“, както и те да бъдат групирани в следните няколко категории:

- международни субекти;
- национални политически субекти;
- правителствени организации;
- неправителствени организации, структури на гражданското общество;
- граждани и пациенти.

2.9. Анализ на политическия елит

Политическият елит не е монолитна група, а включва политици, бюрократи и мениджъри, които формулират и реализират здравната политика. Основни политически въпроси като избора на стратегия и приоритети зависят от техните интереси и от властовите ресурси, с които разполагат. Анализът на отношението им към политическия

процес определя неговата успешна реализация. Здравните политици са ориентирани към краткосрочни цели и постигането на бързи резултати, определяни с термина „short termism“. Политически действия или реформи с отдалечени във времето резултати не са приемливи за политическата класа. Политиците са най-добрите агенти на промяната, но могат да бъдат и най-силните нейни противници.

Отношението на бюрократите към здравната политика и процесите на промяна е от първостепенно значение, поради това, че те са субектите, провеждащи нейната реализация. Историческият опит показва, че бюрократите търсят начини за забавяне или отлагане на промени, реформи и иновации, тъй като те ги излагат на несигурност и рискове. Здравнополитическите анализи проучват и взаимоотношенията между политическия елит и съсловните организации на здравните специалисти или техни влиятелни кръгове.

2.10. Анализ на влиянието на здравните специалисти, гражданите и групите по интереси

Проучването на влиянието на здравните специалисти като елемент на здравнополитическите анализи е от съществено значение, поради монопола, който те имат върху медицинските знания и клиничните технологии. Това обуславя и високия професионален авторитет, позволяващ им да оказват силно влияние върху здравната политика в защита на съсловните интереси и в противовес на обществените. Медицинската професия реализира влиянието си върху здравната политика и чрез организирани пациентски групи за натиск или чрез корпоративно лобиране.

В България през последното десетилетие се създадоха неголям брой пациентски организации, изградени основно на нозологичен принцип (диабетици, хемодиализирани, онкологично болни, деца епилептици и др.), както и Българска асоциация за защита правата на пациента. Анализът на съществуващата нормативна база, регламентираща гражданското участие и съществуващата практика у нас, установява, че гледната точка на гражданите и пациентите по проблемните въпроси на здравеопазването най-често липсва.

Други групи организации, представляващи търговски и лобистки интереси като здравноосигурителните дружества, фармацевтичните компании и производителите на медицинска техника имат нарастващо влияние върху здравната политика и нейната реализация. Всички те са организирани в защита на определени финансови и пазарни интереси. Там където подобни лобистки групи са силно активни, реализацията на взети реформаторски решения е труден процес. Забавената реализация на българската здравна реформа в определена степен се дължи и на силно негативното влияние на съсловни, политически, корпоративни и лобистки центрове и групи върху реформаторската политика.

Заключение:

1. Включването на нови политически сили, съсловни организации и корпоративни субекти в здравнополитическия процес завари теоретично и практически неподготвени нестабилните по състав и качество реформаторски управленски екипи на българското здравеопазване.

2. Технологиите на здравнополитическите анализи е недобре позната сред здравните политици и мениджъри у нас, което ограничава приложението им за повишаване адекватността и ефикасността на предприети реформаторски интервенции.

3. Това налага да бъдат подобрени връзките и диалога между здравните политици, здравните мениджъри и академичните учебни и изследователски структури, с цел изграждане на ефективни партньорства за здравно развитие и за използването на съвременни здравнополитически и мениджърски технологии.

4. Тези партньорства могат да бъдат използвани за независим мениджмънт при конфликт на интереси и при търсене на консенсус между основните действащи лица и заинтересовани субекти в здравеопазването.