

ПРИОРИТЕТИ И ПСЕВДОПРИОРИТЕТИ

Проф. д-р Веселин Борисов, дмн

PRIORITIES AND PSEUDOPRIORITIES

Prof. Dr. Veselin Borsiov, PhD



Нарастващата и решаваща роля на приоритетите в процеса на провежданите здравни реформи се подчертава от здравните стратегии и мениджъри в целия свят.

В нашата литература проблемът за здравните приоритети е силно подценен и почти игнориран. По правило той се интерпретира изопачено, не като стратегически проблем, а по-скоро като оперативно-технологичен проблем.

Ходът на съвременните здравни реформи показва категорично, че колкото по-ограничени са ресурсите на една национална здравна система, толкова по-належащо е да се спазва водещия стратегически принцип за УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗ ПРИОРИТЕТИ.

У нас този принцип придобива *витална значимост*. Ако в нашата здравна политика не се внедрят пределно ясни приоритети, основани на категорични доказателства, **дестабилизацията** на националната здравна система ще се задълбочава, достигайки до трудно преодолим хаос.

В тези условия проблемът за здравните приоритети се превръща в най-тежкото предизвикателство пред стратегическия здравен мениджмънт, пред здравната политика и пред здравното законодателство у нас. Приоритетният стил на мислене и действие става задължителен елемент в професионалната характеристика на здравния мениджър.

Без пределно ясни приоритети промяната в здравеопазването е обречена на случайни процеси и хаотично движение с непредвидими резултати

Постигането на по-висока ефективност на здравеопазването изисква да се повиши стойността на отношението "резултати - ресурси".

Това означава, че здравният мениджмънт е изправен пред решаването на следните неотменими проблеми:

- Всяка здравна организация да обосновава **пределно ясни** и приоритетно ранжирани цели. Не цели въобще, а преориентация към високо приоритетни цели. Постигането на такива цели гарантира резултати с висока значимост.

- Здравната организация ще **получава ресурси**, строго адекватни на определените приоритети и ще разпределя и изразходва тези ресурси чрез безкомпромисен приоритетен принцип.

- Водещ **критерий за оценка** ефективността на всяка здравна организация ще бъде постигането на приоритетни цели, респ. приоритетни резултати.

За съжаление, както сочат някои анализи, ресурсите в здравеопазването се разпределят и се изразходват не по приоритети, а под натиска на моментните потребности.

Преобладаваща част от досегашните здравно-политически решения, намерили отражение и в законовата база, са фрагментирани, с вътрешни логически противоречия, абстрактно имитиращи чуждия опит и без ясен фокус към конкретни приоритети. Многобройните здравни закони са изолирани един от друг, всеки е приеман сам за себе си, без единна концепция и без единни национални здравни приоритети.

Очебиен е примерът със Закона за лечебните заведения – от какви приоритети изхожда той и на какви приоритети служи? – На този въпрос досега никой не е убедително отговорил. Този закон е фактически **трансфер** на управленските принципи на здравеопазването към Търговския закон, чиято мисия и логика са основани върху други приоритети, различни от тези на здравеопазването.

В десетгодишното си функциониране НЗОК не показва приоритетна ориентация на своята дейност. Това е неизменно следствие от слабостите и пропуските в Закона за здравното осигуряване, независимо от неговите многобройни промени. В момента също се предлагат някои полезни промени в този закон, но остава неясно върху какви водещи приоритети те се основават. Позоваването на приоритета „повишаване на качеството“ е неубедително, тъй като качеството е прекомерно общо, абстрактно понятие и винаги е нужно неговото максимално конкретизиране в процеса на здравния мениджмънт.

Изходният ключов въпрос е чрез какви критерии да се определят здравните приоритети, защото при неадекватни критерии е възможно да има и неадекватни приоритети, **псевдоприоритети**.

Често е трудно да се разграничат истинските, водещите здравни приоритети от **псевдоприоритетите**, които създават медиите, общественото мнение, конюктурата, заинтересованите групи (напр. лекарското съсловие, фармацевтични фирми). Медиите формираха някои **псевдоприоритети** от рода на СПИН, т. нар. редки заболявания, органните трансплантации, оплождане ин витро и т. н., в същото време, когато се подценяват, не се обсъждат и се бездейства относно главните причини за смъртността у нас - сърдечно-съдовите заболявания или относно главния рисков контингент - децата в училищна възраст (52 % от българските ученици имат гръбначни изкривявания, 15 % имат ювенилна хипертония и т. н.).

У нас често се е говорило за приоритети, но те по правило са били **пожелателни** и мъгляви. Типичен пример са трите генерални здравно-политически решения от последното десетилетие, означени с помпозното наименование „национална здравна стратегия“ (приети съответно през 1995, 2001 и 2008 година). Впечатляваща е последната от тях „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.“. В нея има изобилие от проблеми, тенденции, намерения, задачи и пожелания, натрупани **безразборно**, при което е трудно да се видят водещите, неотменимите здравни приоритети на нацията. Известният експерт Том Ратуел основателно предупреждава: „*Множеството приоритети е равнозначно на липса на приоритети*“. Тъкмо това виждаме в цитираната стратегия. Затова тя ще си остане само едно намерение (наистина добро намерение, но неосъществимо).

Нагледна илюстрация за липсата на приоритети или подмяната на приоритети с псевдоприоритети е практиката на **клиничните пътеки**. Със своята неприоритетна хаотична структура клиничните пътеки стимулират формализма и непрофесионализма в ежедневната медицинска дейност, изразяващи се в такива феномени като свръххоспитализация, документални фалшификации, доминиране на инвазивните и оперативни дейности, при силно подценяване на рехабилитацията и продължителното лечение.

Догматичният пазарен механизъм и необузданата **комерсиализация** на медицинската дейност са трудно преодолима бариера за приоритетния подход. Липсват целеви ресурси и конкретна системна дейност за здравето на учениците и подрастващите, а в същото време лавинообразно нараства броят на всевъзможни нови и нови лечебни заведения, клинични лаборатории и други със съмнителна акредитация, но получили

гарантиран достъп до публичните ресурси чрез договори с НЗОК. Ще цитирам за любопитния читател следните силни страни в **акредитацията** на някои клинични лаборатории (типични изрази от SWOT-анализа на акредитационните комисии):

- „Определяне на свой пазарен дял“;
- „Добра дистрибутивна стратегия“;
- „Заемане на пазарна ниша“;
- „Налагане в сегментите на пазара“.

...И нито дума за медицинския ефект от дейността на тези лаборатории. Очевидно, в езика на нашите експерти по акредитация приоритетна е не медицинската терминология, а пазарната.

Доминирането на затвореното технологично и икономическо мислене над здравно-политическото и медико-етичното мислене поставя тежки проблеми при избора на приоритети. В една концепция за приоритети винаги стои въпросът за скалата на ценностите, чрез тях и за етичните правила и отговорности, за етичния избор (С. Попова).

Трябва да се осъзнава, че обосноваването на приоритетите не е спонтанен акт и въпрос на едни или други предпочитания, на групови интереси и т. н. Това е сложна професионална експертна дейност, изискваща комбинирането на **четири взаимосвързани критерия**:

1. *Здравни потребности и търсене на медицинска помощ (нужното).*
2. *Налични здравни ресурси (възможното).*
3. *Обществени очаквания и предпочитания (желаното).*
4. *Доказана ефективност на дадени здравни модели, технологии и т. н. (полезното).*

Конкретното определяне на здравните приоритети се основава на следните *методически подходи*:

1. Епидемиологичен подход - предимствена ориентация съобразно разпространението на различните заболявания сред определени контингенти от населението, напр. сърдечно-съдови заболявания, неоплазми и др.

2. Рисков подход - ориентация към групи от населението с повишен риск за заболяване, напр. динамично наблюдение на бременни, на генетично увредени деца и др.

3. Възрастов подход - ориентация към специфични възрастови групи, напр. здраве на подрастващите, превенция на миокарден инфаркт у мъжете на възраст под 40 години и др.

4. Оценка на социално-здравната, етична и икономическа значимост - ориентация съобразно медико-социалния ефект от дадени здравни дейности, напр. промоция на здравето и здравно възпитание, сексуално възпитание, семейно здравно обслужване, развитие на трудова медицина и др.

За обективно и обосновано определяне на приоритетите е нужна **разнообразна информация** - епидемиологична, социално-медицинска, демографска, социологическа, икономическа и др. За съжаление, подобна комплексна информация почти липсва в официалните данни за здравеопазването.

Като общ принцип трябва да се подчертае, че в условията на **плурализъм** в здравеопазването е наложителен **монизъм** на *националните здравни приоритети*.

На първо място това означава, че функцията за определяне на националните здравни приоритети и за контрол върху тяхното реализиране е функция единствено на **държавната власт**, респ. на Министерството на здравеопазването.

На второ място това означава, че възприетите национални здравни приоритети стават решаващ ориентир и **критерий за приемливост и развитие** на:

а) Всички елементи на националната здравна система – публичен и частен сектор, медицинска помощ и промоция на здравето, лекарствоснабдяване, професионално обучение на медицински персонал и т. н.

б) Регионалните и локалните здравни приоритети.

Здравно-политическите приоритети по принцип са дългосрочни (10-12 години), в рамките на които се възприемат средносрочни (3-5 години) и краткосрочни (1-2 години) приоритети.

Слабост на нашата национална здравна политика е **доминирането** на изолирани краткосрочни приоритети, често променяни или нереализирани.

Друга слабост е **изобилието** от формулирани приоритети във всеки един момент, които нямат обща структура и ранжиране по значимост. Това обезсмисля самото понятие приоритети и отваря пътя на формалното администриране.

Нерядка слабост е смесването на понятията приоритети и задачи. В този случай многообразната дейност в здравеопазването губи своите генерални ориентири и става подчинена на **случайни конюнктурни фактори**.

Заключение:

1. Без пределно ясни приоритети е невъзможно ефективно управление на здравната реформа.

2. Практическата реализация на здравните приоритети изисква постоянен баланс на националната и регионалната здравна политика.

3. Липсата на действена национална здравна карта и тоталното ликвидиране на регионалния принцип на здравно обслужване са основни причини за формално прилагане на приоритетния подход в здравеопазването, за непрецизно обосновани приоритети, които по същество са псевдоприоритети.

3. Псевдоприоритетите в здравеопазването са конкретен индикатор за дефицит на стратегически здравен мениджмънт.

4. Формалното прилагане на Търговския закон в здравеопазването и фетишизирането на принципите за свободен избор и конкуренция работи срещу приоритетния принцип на здравно обслужване на населението в неговата цялост.

5. Адекватното определяне на здравните приоритети изисква **интегрирането на четири критерия**, отразяващи степента на нужното, възможното, желаното и реално полезното.

6. Здравните приоритети не са неизменни, а са динамична подвижна величина във времето и пространството. Тяхната динамика трябва постоянно да се анализира, преценява и съобразява от стратегическия мениджмънт на националната здравна система.