

СЪЩНОСТ, ОСОБЕНОСТИ И НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО ПРОФИЛАКТИКА НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА И ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО В БЪЛГАРИЯ

Нора Иванова Николаева

Стопанска академия „Д. А. Ценов“ – Свищов

Катедра „Застраховане и социално дело“

Резюме: В настоящата студия са изследвани състоянието и насоките на развитие на дейностите по профилактика на заболяванията и промоцията на здравето в България в периода 2012–2017 г. Значимостта на разработката се основава на факта, че превантивните дейности представляват модерен начин за преоценка и усъвършенстване процесите на опазване и повишаване здравето на населението. През анализирания период се разглеждат множеството фактори, свързани с ефективността и, включително разширяването на техния обем и обхват като индикатори за реална приоритетност.

В резултат на извършения документален и финансов анализ се достига до изводи относно пропуски в нормативната база, ограниченост на капацитета на функциониране и незадоволителен размер на публичното финансиране (здравноосигурително) на изследваните дейности.

Ключови думи: здравен приоритет, превантивни дейности, извънболнична медицинска помощ, здравноосигурителни плащания, обем и обхват на здравната профилактика и промоция.

JEL: G22.

ESSENCE, FEATURES AND GUIDELINES TO DEVELOPMENT OF DISEASE PREVENTION AND PROMOTION OF HEALTH ACTIVITIES IN BULGARIA

Nora Ivanova Nikolaeva

The D. A. Tsenov Academy of Economics – Svishtov

The Department of Insurance and Social Security

Abstract: The present study investigates the condition and guidelines to development of disease prevention and health promotion activities in Bulgaria in the 2012–2017 period. The importance of the paper is based on the fact that preventive activities represent a modern way of re-evaluating and improving the processes of protection and increasing the health of the population. A number of factors for their effectiveness, including the expansion of their volume and scope as indicators of real priority in the analysed period are considered.

As a result of the documentary and financial analysis, conclusions are made about the regulatory deficiencies, limited operating capacity and unsatisfactory amount of public funding (health insurance) of the activities surveyed.

Keywords: health priority, preventive activities, outpatient medical care, health insurance payments, volume and scope of health prophylaxis and promotion.

JEL: G22.

Въведение

Основен инструмент на Европейската комисия за осъществяването на новата европейска здравна стратегия е *Третата здравна програма (2014–2020)* на ЕС, която се стреми към 4 основни цели: „1. **Промоция на здравето, профилактика на болестите и развитието на среда, благоприятстваща здравословен начин на живот, като се взема предвид принципът „здравето във всички политики;** 2. **Защита на гражданите на Съюза от сериозни трансгранични заплахи за здравето;** 3. **Допринасяне за новаторски, ефективни и устойчиви здравни системи;** 4. **Улесняване на достъпа на гражданите на Съюза до по-добро и по-безопасно здравно обслужване.**“ (Обществено здраве. Трета здравна програма (2014 – 2020 г.)) Съвременната европейска здравна политика на първо място е ориентирана към дейностите по промоция на здравето и профилактика на заболяванията, тъй като те имат потенциала да се справят с настоящите предизвикателства за здравето на населението и за националните здравни системи като: поведенческите и психосоциални здравни детерминанти; полиморбидността на застаряващото население; променения модел на заболяемостта, характеризиращ се с преобладаване на хроничните незаразни заболявания, търсенето и предлагането на скъпи медицински технологии и постоянното нарастване на разходите за здравеопазване вследствие на съчетаването на изброените фактори.

В съответствие с европейската здравна политика *Националната здравна стратегия 2014–2020 (НЗС)* на България (Национална здравна стратегия 2014–2020) определя ключово място на превантивните дейности в Приоритетна област 8, която се състои в: „*преориентиране на здравната система към профилактиката и предотвратяването на социално-значимите заболявания*“ (една от трите стратегически цели). В НЗС е обособена самостоятелна политика – Политика 5 „*Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус на хроничните незаразни болести*“.

Тази политика поддържа идеята за силна доболнична медицинска помощ посредством усъвършенствани дейности по предотвратяване на заболяванията и подобряване на здравето, притежаващи потенциала да укрепят цялостната здравна система в България и да допринесат за повишаване нивото на здраве на населението в условията на предсказуеми здравни разходи.

Обект на изследването е системата на здравнопрофилактичните и здравнопромотивни дейности в обхвата на основния пакет от услуги, гарантиран от Националната здравноосигурителна каса в България.

Предмет на изследването е въздействието на конкретни фактори върху процесите на осъществяване, развитие и публично финансиране (здравноосигурително) на превантивните здравни дейности у нас.

Цел на настоящата студия е да се представи и анализира цялостното състояние на дейностите по профилактика на заболяванията и про-

мощия на здравето в здравната система на България с оглед на тяхното място и балансираност сред другите дейности в медицинската помощ. Поставената цел ще бъде декомпозирана в следните **задачи**:

- Да се извърши *документален анализ и коментар* на актуални нормативни и поднормативни актове в здравното ни законодателство, с които се регламентират: 1) мястото на приложение на тези дейности в контекста на основните видове медицинска доболнична и болнична помощ; 2) правото на здравна промоция, профилактични прегледи и изследвания и неговите носители; 3) изпълнители и потребители на разглежданите дейности.
- Да се направи *икономически анализ* и обсъждане на структурата и равнищата на здравноосигурителните плащания в бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) като единствена публична здравноосигурителна институция във връзка с дейностите по здравна профилактика и промоция на здравето за периода 2012–2017 г.
- На базата на *ситуационния анализ* на актуалното законодателство и фактичката здравна превантивна практика у нас да се определят основните причини, фактори и изисквания, които оказват влияние върху ефикасността и ефективността на превантивните дейности като основа за маркиране на насоките за тяхното по-добро планиране, функциониране и развитие.

Актуалността и остротата на темата произтичат от значителния потенциал на промоцията на здравето и профилактиката на заболяванията за подобряване здравното състояние на населението в контекста на нарастващото разпространение на хроничните неинфекциозни заболявания.

В настоящата разработка, която представлява *теоретико-емпирично изследване на дейностите по профилактика на заболяванията и промоция на здравето в България*, изхождаме от **изследователската теза**, че тези дейности са слабото звено в здравната ни система и въпреки промяната в стратегическата приоритетност в посока на превенция и здравна промоция финансовите стимули в здравноосигурителния модел на системата са ориентирани преобладаващо към вторичната (болнична) помощ. Като основополагащи в съвременното ни здравеопазване тези дейности биха постигнали по-добър здравен, социален и икономически ефект при всяка форма на подобряване на тяхното приложение и при поетапно увеличение на средствата, преназначени за тях.

* * *

В противовес на устойчивата световна тенденция за комерсиализация на дейностите за оказване на медицинска помощ (Финансиране и управление на здравеопазването – теоретични основи, модели, проблеми и тенденции, стр. 35) ще акцентираме върху концептуалното разбиране на

повечето здравни услуги, в частност на превантивните такива, като *публично благо*, чието осигуряване за всеки член на обществото допринася *фундаментална полза за цялото общество*. Изхождайки от социалния принцип на солидарността, в качеството му на гарант на „правото за здраве в общата система на здравеопазването“ (Гладилов & Делчева, 2000, стр. 149), ще подчертаем, че процесът на пазарна размяна с единствена цел печалба възпрепятства реализацията на този принцип, което води до влошаване на крайните резултати на здравната система като цяло.

Теоретически и на практика **свободните пазари** не са в състояние да функционират ефективно в областта на дейностите и мерките за стимулиране на здравословния начин на живот като фактор за подобряване на здравето и предотвратяване на заболяемостта и смъртността, тъй като те проявяват *редица недостатъци*. Във връзка с профилактиката и здравната промоция могат да бъдат посочени редица *причини за пазарна неефективност*, сред които с ключово значение са причините, свързани със:

- свойството на редица пазарни стоки и услуги да генерират отрицателни здравни ефекти, които наред с разходите, обусловени от начина на живот на едни лица, често биват преживявани, респективно поемани от други лица;
- нерационалното (в смисъл на минимализиране на очакваната полза от него), непоследователно във времето поведение на хората (предимно в подтрудоспособна възраст) и тяхната склонност да прекъсват бъдещ дългосрочен ангажимент с превантивен характер заради незабавното удовлетворение на настоящи потребности или желаниа;
- асиметрията между липсващата или непълна здравна информация, която представлява обществено благо, и агресивните маркетингови канали, лансиращи вредни за здравето продукти и навици.¹ (Broadcasting bad health. Why food marketing to children needs to be controlled, стр. 5)

Подчертаните *особености на пазарните отношения* в здравеопазването, което по своята същност не е нито само икономическа, нито само социална система, изцяло важат и за българското здравеопазване, а това обуславя необходимостта от обществено производство, финансиране и активна намеса на държавата в определени видове дейности в него. Към последните принадлежат дейностите в сферата на обществената профилактика (като публично благо) и на здравната промоция и превенция (като смесени публични блага в общопрофилната амбулаторна и болнична помощ) (Гладилов & Делчева, 2000, стр. 150).

¹ Например за всеки 1 долар, изразходван от Световната здравна организация за подобряване храненето на населението, се изразходват 500 щатски долара за реклама на преработени от хранителната промишленост храни.

http://www.foodcomm.org.uk/pdfs/Broadcasting_bad_health.pdf

На фона на и във връзка с дейностите по профилактика на заболяванията и промоция на здравето се очертават добре редица особености и проблеми на задължителния здравноосигурителен модел в България, което ще бъде доказано посредством *преглед на актуалното здравно законодателство на България в областта на превантивните дейности*.

1. Преглед на актуалното здравно законодателство на България (основни нормативни и поднормативни актове) в областта на промоция на здравето и профилактика на заболяванията

Правната среда на действащото законодателство на България в областта на здравната превенция и промоция на здравето е съвкупността от всички законови и подзаконови нормативни актове, които регламентират въпросните дейности. Юридическият контекст на здравната ни политика в областта на профилактиката на заболяванията и здравната промоция е израз на равнището на национална компетентност спрямо превантивната функция на здравеопазването и представлява легитимен път за осъществяване на тази политика.

Базисните нормативни актове, които регламентират и представят особеностите на двете дейности на здравеопазвания процес в България, влизат в обхвата на *два основни пакета*, както следва:

- Пакет от законови и подзаконови нормативни актове, които регламентират промените в сферата на лечебната помощ и лекарствената политика;
- Пакет от законови и подзаконови нормативни актове, предназначени да регламентират промените в сферата на общественото здравеопазване, организацията на хигиенно-епидемиологичната, превантивната и здравнопромотивна дейност.

С оглед на главната цел на настоящата разработка ще акцентираме върху по-важните елементи от тези нормативни групи. На тази основа, **на първо място** ще определим *мястото на приложение и изпълнителите на превантивните дейности в контекста на различните видове медицинска помощ*.

По **Закона за здравето** (Закон за здравето/в сила от 01.01.2005 г. изм. ДВ, бр. 85 от 24 октомври 2017 г., чл. 2) здравната промоция и интегрираната профилактика на болестите съставляват един от принципите за „опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие приоритет“ – национален приоритет, който е гарантиран от държавата. Съгласно чл. 10, ал. 1 от закона *Регионалната здравна инспекция (РЗИ)* е институцията, която организира и провежда държавната здравна политика на територията на областта посредством множество дейности, включително превантивни (про-

филактика на незаразните болести, профилактика и надзор на заразните болести, профилактични и противоепидемичните дейности при бедствия, аварии и катастрофи). Същевременната РЗИ осъществява систематичен и насочен здравен контрол върху изброените дейности, като на по-следващ етап информацията от нейната дейност се анализира и обобщава от *Националния център по общественото здраве и анализи*, със статут на здравно заведение в структурата на националната система за здравеопазване. Промоцията на здраве и интегрираната профилактика на болестите, наред с оценката на риска и неблагоприятното влияние на факторите на жизнената среда върху индивидуалното, семейното и общественото здраве, са неотменима част от дейността на здравните заведения (чл. 23). Всички дейности по профилактична медицинска и дентална помощ на *децата и учениците в детски ясли, детски градини, училищата, в специализирани институции за деца, в домове за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителски грижи*, се определят с наредба на министъра на здравеопазването и се финансират от НЗОК. Насочените към здравето на децата и учениците превантивни дейности се осъществяват от *здравните кабинети*² (Наредба № 3 от 27 април 2000 г. за здравните кабинети в детските заведения и училищата /изм. ДВ, бр. 83 от 10 октомври 2000 г., чл. 2 и чл. 7). В наредбата се подчертава изискването, медицинските специалисти в този вид здравни заведения: „да са преминали следдипломно обучение по проблемите на профилаксиката и промоцията на здравето“, успоредно на обучението им по спешна медицинска помощ (чл. 3, ал. 3 от Наредбата); да извършват превантивни дейности и да отразяват данни в здравно-профилактични карти и талони за профилактични прегледи на децата или учениците. Налице е законовото изискване, обучението на учениците у нас, провеждано по утвърдени учебни планове, да застъпва базови профилактични и здравнопромотивни теми, което предписание на практика се нарушава.³

Чл. 26а от Закона за здравето гласи, че здравнопромотивна консултация по проблемите на зрението се осъществява в третия вид здравни заведения – *оптиките*. Основополагащо е съдържанието на чл. 29 от Закона за здравето, в което се подчертава, че политиката по опазване здравето и работоспособността на гражданите се разработва и провежда от държавните органи и институции посредством „осигуряване на здравословна жизнена среда, обучение за здравословен начин на живот и здравна профилактика“, *плюс диспансеризация* на лицата със заболявания и с повишен здравен риск. Прави впечатление, че в някои части на действащата нормативна уредба диспансеризацията се разглежда в тясна взаимовръзка

² Освен в училищата и детските градини, здравни кабинети се създават и в специализираните институции за предоставяне на социални услуги, чиято дейност е определена със съответната наредба.

³ Вж. Закон за здравето, чл. 122. (1).

с профилактичната дейност, а в други случаи, предимно по повод на тяхното финансиране, тя се третира като самостоятелна дейност. По силата на Закона за здравето всеки има *право* на здравна профилактика и рехабилитация и *задължението* да пази собственото си и чуждо здраве; да съдейства при осъществяване на дейностите по подобряване и възстановяване на здравето му, особено в качеството си на пациент, т.е. „всяко лице, което е потърсило или на което се оказва медицинска помощ“ (чл. 84, ал. 1 и чл. 94).

Условията, редът и финансирането за извършване на профилактичните прегледи и диспансеризацията от лечебните заведения се определят с **Наредба за профилактичните прегледи и диспансеризацията**⁴ (Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията/обн. ДВ, бр. 93 от 23 ноември 2016 г.)

Наредбата има съществено значение за уточняването на:

- *подлежащите на профилактични прегледи и изследвания лица* (децата, лицата над 18 г., включително принадлежащи към рискови групи, бременни и родилки до 42-рия ден след раждането, т.е. всички здравноосигурени лица);
- *вида и периодичността* на профилактичните прегледи и изследвания (определени в съответните приложения на наредбата).

От тази Наредба (чл. 2, ал. 1 и 2) става ясно, че *профилактичните прегледи целят ранно откриване на заболяванията и заедно с изследванията се извършват само „от лекар в лечебни заведения за извънболнична медицинска (личен лекар или лекар специалист) и дентална помощ“*⁵, но не и от медицински специалисти в лечебни заведения за болнична помощ, което е една от отличителните черти на профилактичната дейност спрямо дейността по диспансеризацията. Тази постановка е в съответствие на чл. 2 (1) на **Закона за лечебните заведения** (Закон за лечебните заведения/изм. ДВ, бр. 85 от 24 октомври 2017 г.), съгласно който „профилактиката на болести и ранното откриване на заболявания“ (налице е припокриване на понятията) и „мерките за укрепване и опазване на здравето“ са посочени като възможни дейности на лечебните заведения. Съдейки от въпросните разпоредби на ЗЛЗ стигаме до заключението, че превантивните дейности са ежедневни задачи със задължителен характер само при амбулаториите за първична или **специализирана** извънболнична медицинска и дентална помощ, в които лекари и лекари по дентална медицина извършват пълния обем от регламентирани здравни дейности, което предполага и „дейности по здравна промоция и профилактика, включително

⁴ Наследник на Наредба № 39 от 16.11.2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията/В сила от 01.01.2005 г. <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135495921>

⁵ От акредитирани генетични лаборатории в рамките на национални програми за профилактика на генетичните заболявания, финансирани от бюджета на Министерството на здравеопазването, се извършват профилактични генетични изследвания – става ясно от същата Наредба, чл. 7.

профилактични прегледи и имунизации“ (чл. 11, ал. 1-6). Определението за лечебни заведения за болнична помощ в цитирания закон не включва профилактичната и здравнопромотивната дейност. В тази връзка възниква известно съмнение за състоянието на противоречие на тази постановка на Закона за лечебните заведения със съдържанието на чл. 92 (1) от Закона за здравето, където е упоменато, че „лекуващият лекар (понятието е с широк обем, т.е. може да касае и медицински специалист от болничната помощ) е длъжен да информира пациента относно планираните профилактични, диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности...“. В наредбата за профилактичните прегледи и диспансеризацията задължението да информират за вида и периодичността на профилактичните прегледи и изследвания се вменява на общопрактикуващите лекари, лекарите по дентална медицина в ЛЗ за ИБМП и при необходимост – на медицинските специалисти и то най-вече по детски болести, акушерство и гинекология (вж. чл.13).

Понастоящем в здравната система у нас *други лечебни заведения*, които реализират форми на профилактика и промоция на здравето, са: Центровете за психично здраве, за кожно-венерически заболявания и Комплексният онкологичен център. Превантивните мерки съпътстват основните дейности в тези центрове в посока подобряване на психичното и сексуалното здраве на населението и на ограничаване на неговите кожно-венерически и онкологични заболявания.

На второ място, ще анализираме нормативното уреждане на въпроса за *достъпа, правата и задълженията за здравна профилактика в рамките на гарантирания в здравноосигурителната ни система пакет от основни медицински дейности*.

В друга наредба от правната рамка на българското здравеопазване – **Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ** (Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ/В сила от 02.06.2006 г./изм. ДВ, бр. 29 от 7 април 2017 г., чл. 15(1)) се изяснява въпросът относно задължението на лечебните заведения за първична извънболнична помощ да обявяват на видно място седмичния график, който включва и часовете за промотивна и профилактична дейност, наред с амбулаторния прием и домашни посещения. Дали в диагностично-лечебния процес на лечебните заведения за болнична помощ се включват профилактични и здравнопромотивни мерки – и в съдържанието на тази наредба не е изрично упоменато. За тях единствено се предполага, имайки предвид, че по определение третичната профилактика е насочена към ограничаване на усложненията на болестния процес, който протича в голяма степен или предимно в болнични условия. В същата наредба се декларира, че *лицата със здравноосигурителен статус* получават достъп до медицинска помощ, в т.ч. до превантивни дейности, в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Из-

вън обхвата на този пакет, съгласно текст на наредбата,⁶ всички български граждани имат право на достъп до медицинска помощ въз основа на договори за медицинска застраховка и до медицински услуги срещу заплащане.

Профилактични прегледи и изследвания за всички *здравно неосигурени жени*, по наредба на министъра на здравеопазването, се финансират от държавния бюджет. Съгласно действащото здравно законодателство дейностите по профилактика и лечение на *социално слаби, безработни и други лица* могат да се подпомагат от общинските бюджети, при условията и по реда на чл. 82 от Закона за здравето.

В съдържанието на **Закона за здравното осигуряване** (Закон за здравното осигуряване/изм. ДВ, бр. 85 от 24 октомври 2017 г.) се обхващат фундаменталните въпроси за мястото на превантивните дейности в здравната система на България. В качеството му на основна нормативна предпоставка за тяхното осъществяване в този закон се регламентира еднозначно, че задължителната форма на здравно осигуряване у нас предоставя на здравноосигурените лица *пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК)*. Здравната каса закупува същите от изпълнителите на медицинска помощ.

Медицинските и дентални дейности за предпазване от заболявания и за тяхното ранно откриване влизат в обхвата на видовете медицинска помощ, гарантирани като права на задължително осигурените лица, т.е. на лицата със здравноосигурителен статус (вж. чл. 35 и 45 от ЗЗО). В тази връзка е необходимо да уточним, че в съответствие на този основен нормативен акт осигурените лица придобиват *задължението*: „да изпълняват предписанията на изпълнителите на медицинска помощ и изискванията за профилактика на заболяванията“ (чл. 38), но не и изисквания от здравнопромотивен характер. Това е основание да се постави *под съмнение реалната приоритетност на дейността на промоцията на здравето в здравната система у нас*. От друга страна, този „пропуск“ се явява предпоставка за необходимостта от развитие на интегриран подход и задълбочаване на процеса по въвличане на повече обществени сектори при изработването на всеобща позиция за насърчаване на здравословния начин на живот.

Заплатените от НЗОК дейности съставят два пакета: *Основен пакет първична извънболнична медицинска помощ и Основен пакет специализирана извънболнична медицинска помощ*, ежегодно актуализирани с наредба на министъра на здравеопазването (вж. Приложение 1 и Приложение 2 на **Наредбата**⁷ за определяне на основния пакет от здравни дей-

⁶ Чл. 2(2) от Наредбата.

⁷ Хронологически Наредба № 2 от 2016 г. заменя предходната Наредба № 11, която от своя страна отменя Наредба № 40. Тези ежегодни актуализации са подчертан израз на неустойчивостта на системата в тази област.

ности (Наредба № 2 от 25 март 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса/ДВ, бр. 24 от 2016 г.) Тук особеното е, че докато член единствен и приложение 1 и 2 на по-старата Наредба № 40 от 24.11.2004 г.⁸ за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, посочват само, че „промоцията, превенцията и профилактиката“ са неотделима част от общомедицинските дейности на изпълнителите на специализирана извънболнична медицинска помощ, то в сега действащата наредба вече не липсва описание на конкретните форми на проявление или обособени видови разделения на СИМП (обхват на дейностите). Новата Наредбата *конкретизира подвидовете профилактика на заболяванията и промоция на здравето* както във връзка с основния пакет ПИМП, така и по отношение на основния пакет СИМП.⁹ Тази нормативна промяна е позитивна, тъй като очертава възможности за еволюция на превантивната здравна политика у нас и за постепенното разгръщане, детайлизиране и развитие на превантивната функция на здравеопазването в системата на извънболничната медицинска помощ. Въпреки динамиката в подзаконовата нормативна база, ще отбележим, че обемът и обхватът на дейностите по здравна профилактика и промоция в основния пакет ПИМП (представени на Таблица 1) са чувствително по-разширени в сравнение със същите в състава на основния пакет СИМП, особено в частта си по Промоция на здравето.

Дейностите по профилактика на заболяванията и промоция на здравето за здравноосигурените в системата на СИМП се свеждат до¹⁰:

- запознаване на пациента с тяхното съдържание, в т.ч. „с честотата на явяване на профилактичен преглед и с отговорността при неявяване на профилактичен преглед“; уведомяване на подлежащите на профилактичен преглед пациенти за време и място на прегледите чрез: информационно табло на общодостъпно място в ЛЗ, телефонен разговор, електронно съобщение, писма и други (*здравно-информационна дейност*);
- запознаване с рисковите фактори за съответните заболяванията и възможностите за подобряване и укрепване на здравето, развитие на положителни здравни характеристики, здравни навици и умения, в това число режим на труд и почивка, здравословно хранене, двигателна активност (*здравна промоция*);
- извършване на профилактични прегледи на предвидените в Наредбата за профилактичните прегледи и диспансеризацията случаи (насочвани от лекаря от ПИМП деца, бременни и лица от рискови групи

⁸ <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135497040>

⁹ В процеса на изготвяне на настоящия материал тази наредба бива отменена, което според автора представлява регресивна стъпка за състоянието и развитието на превантивните (промотивни, профилактични и протекционни) дейности в първичната и специализирана доболнична практика в България.

¹⁰ Вж. Приложение 2 на Наредбата.

веднъж годишно; планирани профилактичните прегледи на подлежащи; дейности по национални здравни програми, финансирани от бюджета на МЗ (профилактика на заболяванията).

Таблица 1

Дейности от основния пакет първична извънболнична помощ, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса

Промоция на здравето	Профилактика на заболяванията	Други основни дейности
<ul style="list-style-type: none"> • 1. Здравно възпитание: • 1.1. предоставяне на информация за възможностите за укрепване и подобряване на здравето, развитие на позитивни здравни характеристики и утвърждаване на положителни здравни навици и жизнени умения, в това число здравословно хранене, двигателна активност, режим на труд и почивка и други; • 1.2. запознаване с рисковите фактори за социално значимите заболявания и вредата от нездравословните навици – тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, наркотични вещества, ниска двигателна активност, нездравословно хранене и други. • 2. Семейно здраве: • 2.1. комплексна оценка на здравните проблеми на пациента и семейството; • 2.2. преконачни консултация; • 2.3. семейно планиране. • 3. Детско здраве: • 3.1. промоция на кърменето; • 3.2. правилно отглеждане на децата. • 4. Групи с повишен медико-социален риск (обособени по възраст, пол или друг признак групи от регистрираните в лечебното заведение лица): • 4.1. здравен и социален статус на групата – анализ и идентификация на приоритетни цели и задачи. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Извършване на профилактични прегледи съгласно Наредбата за профилактичните прегледи и диспансеризацията • 2. Изпълнение на специфични профилактични дейности за пациента и неговото семейство: • 2.1. Изготвяне и контрол по изпълнението на семейни програми за: <ul style="list-style-type: none"> • 2.1.1. превенция на безплодието; • 2.1.2. превенция на полово предавани инфекциозни заболявания и СПИН; • 2.1.3. превенция на нежелана бременност; • 2.1.4. превенция на инфекциозни болести и паразитози; • 2.1.5. превенция на зависимости; • 2.1.6. превенция на лица със злокачествени заболявания на репродуктивната система; • 2.1.7. превенция на психичните разстройства. • 2.2. Дейности по национални здравни програми, финансирани чрез бюджета на Министерството на здравеопазването. 	<ul style="list-style-type: none"> • Здравно-информационни дейности, в това число: запознаване при първо посещение и при поискване/възникване на необходимост на пациента с вида и честотата на профилактичните прегледи и изследвания и отговорността при неявяване на профилактичен преглед; изпълнението на имунизационния календар и отговорността при неимунизирание; • Диспансеризация • Други дейности, свързани с диагностика и лечение • Контрол на инфекциозните заболявания • Диагностично-лечебна дейност • Дейност по медицинска експертиза • Осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения работен график на ОПЛ

Източник: Закон за здравето; Наредба за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК¹¹

¹¹ **Забележка:** Прави впечатление, че диспансерната дейност съгласно посочената наредба е отделена като самостоятелна дейност, а не в пряка връзка с профилактичната дейност, както е в актуалната към момента Наредба № 8 от 03.11.2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, в сила от 01.01.2017 г. В последната липса определение на диспансеризацията, но авторът стига индиректно до извода, че тази дейност касае вторичната профилактика, мониторинга и контрола на рисковите пациенти с една или повече хронични заболявания.

От приложението на актуалната към момента наредба, в което се определя обхватът на *клиничните процедури и клиничните пътеки в болничната помощ*, става ясно, че същите не включват самостоятелно обособени превантивни дейности. На практика болничната медицинска помощ е мястото на приложение на вторичната профилактика (ранно диагностициране на рискови състояния и болести, предотвратяване на усложнения и хронифициране на болести) и третичната профилактика (предотвратяване на инвалидизиране и смърт чрез системно наблюдение, прегледи, терапия и рехабилитация). Това ни дава основание да направим заключението, че превенцията в лечебните заведения за болнична помощ е функция на *достъпната, навременна, качествена и квалифицирана медицинска помощ. Широката профилактична и здравнопромотивна дейност обаче като цяло и в най-голяма степен се извършва на ниво първична и специализирана извънболнична помощ.*

Във връзка с осигуряването на превантивните дейности предимно в подсистемата на ИБМП възниква въпросът, дали бюджетът на НЗОК предоставя достатъчно средства, за да гарантира съответствие между реалните здравни потребности на населението от профилактика и здравна промоция и здравноосигурителните плащания, предвидени за тях?

II. Основен източник на публични разходи за превантивни здравни дейности в България (НЗОК) за периода 2012–2017 година и неговите връзки с основни регулиращи фактори

Подробното представяне на публичните източници и обем от средства на дейностите по профилактика и здравна промоция в България изисква извършването на кратък преглед на динамиката на *общите публични здравни разходи* и техните източници, за да се очертае водещата позиция сред тях на единствената здравноосигурителна институция в България – Националната здравноосигурителна каса. (вж. Таблица 2). Обстойният анализ на разходите на НЗОК за здравноосигурителни плащания, в това число за превантивни дейности, е обвързан с анализа на **програмното бюджетиране на националните здравни политики** на Министерството на здравеопазването на България. Въпросните финансови средства, трансферирани в бюджета на касата, не са обект на настоящото изследване.

Таблица 2

Публични разходи за здравеопазване в България по източници (в млн. лв.)

Източници/Години	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
НЗОК	1 686	2 071	2 039	2 634	2 634	2 710	2 823	3 030
Министерство на здравеопазването	699	535	564	706	468	368	359	421
Други ведомства (министерства и агенции)	168	124	85	98	112	178	184	216
Общини	208	219	216	134	95	96	102	162
Общо публични разходи за здравеопазване	2 761	2 949	2 904	3 572	3 309	3 352	3 468	3 829

Източник: *Здравеопазване 2014: състояние, проблеми, решения, предизвикателства. Българска стопанска камара, с. 19 и Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2015 година. Министерство на финансите, с. 103.*

Ежегодно в **Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса** се предвиждат средства за здравноосигурителни плащания за дейности в различните видове медицинска и дентална помощ. На Таблица 3 е представена динамиката на разходите на НЗОК за здравноосигурителни плащания за периода 2012–2017 г. От данните на тази таблица е видно, че от 2012 г. до 2014 г. се наблюдават нарастване на разходите за здравноосигурителни плащания на НЗОК, като през 2014 г. се достига техния максимален за разглеждания период размер от 3171,3 млн. лева. Година след това, през 2015 г. е налице известен спад, след което през 2016 г. бюджетните разходи на НЗОК за медицинска помощ отново бележат ръст, като през 2017 г. те са с 223 млн. лв. повече от предходната 2016 г. В резултат на тази динамика на бюджета през 2017 г. общите разходи за здравноосигурителни плащания почти достигат размера си от 2014 г., като темпът на нарастване спрямо 2016 г. е около 8 % или 223 млн. лв. Средният размер на общите здравноосигурителни плащания през разглеждания шестгодишен период 2012–2017 г. е към 2,824.6 млн. лв. В структурата на осигурителните плащания за периода като цяло **доминират разходите за болнична медицинска помощ**, чийто относителен дял през 2012 г. е 53, 3 %, което в абсолютно изражение е 1,331.6 млн. лв. и до 2014 г. почти не се променя, след което през 2015 г. спада на 47, 61 % и бележи слаб ръст до 2017 г. Според М. Христова: „бързото нарастване на разходите в бюджета на НЗОК се дължи на включването на болничната помощ в осигурителните плащания (2001 г.) и постепенното нарастване броя на „клиничните пътеки“ (по които стават плащанията)...“ (Христова, 2012, стр. 100). Сред **основните причини**, водещи до високи разходи за болнична помощ, са недооценяването и неефективността на извънболничната помощ и **нарастването на броя на хроничните заболявания, изискващи хоспитализирани условия на лечение на пациентите**. Друга причина за поддържането на високи разходни нива за болнична помощ, както бе споменато по-горе, е съществуващият метод на заплащане на болничните лечебни заведения,

който е основан на броя случаи по клинични пътеки и оказва директно отражение върху финансовите резултати на БЛЗ. В това отношение негативно влияние оказват и несъвършенствата на контрола върху необходимостта от хоспитализация. За разлика от болничната медицинска помощ, насочените към извънболничната – първична и специализирана медицинска, помощ средства, са значително по-малко. *Техният относителен дял за разглеждания шестгодишен период варира между 5 и 7 % – при ПИМП, и между 6 и 8 % при СИМП* (вж. Таблица 4). Относително висок е и дялът на **разходите за лекарствените средства за домашно лечение**. Този дял през 2012 г. е 19,37 %, а през 2017 г. е 18,90 % от всички здравноосигурителни плащания на НЗОК. Средно за изследвания период относителният дял на разходите за БМП от общата структура на здравноосигурителните плащания е приблизително 50 %, а за лекарствените средства за домашно лечение е около 20 %.

Таблица 3

Разпределение на разходите на НЗОК за здравноосигурителни плащания за периода 2012–2017 г. (в млн. лв.)

Здравноосигурителни плащания на НЗОК/Години	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Общо	2,499.4	2,740.9	3,171.3	2,695.0	2,809.2	3,032.0
За първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)	166.9	175.7	178.4	178.0	180.0	200.0
За специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)	188.0	184.9	197.7	190.0	201.5	211.4
За дентална помощ	104.6	112.8	114.0	120.0	123.0	147.0
За медико-диагностична дейност	70.7	68.7	69.8	70.0	70.4	77.5
За лекарствени средства за домашно лечение	484.1	553.3	629.2	544.2	540.9	573.0
За болнична медицинска помощ	1,331.6	1,383.3	1,603.2	1,282.9	1,343.3	1,457.5
Други здравноосигурителни плащания	153.5	262.1	379.0	310.0	350.0	365.6

Източник: Финансиране на здравеопазването в България. Актюерски модел, С, 2015, с. 54;

*Закони за бюджетите на НЗОК за съответната година – бюджетни, а не реални разходи; НРД¹²

От горепосочените данни можем да заключим, че за периода 2012 до 2017 г. *най-динамично нарастват разходите по перо „други здравноосигурителни плащания“*, в това число за: „лекарствени продукти за лече-

¹² **Забележка:** Годишни отчети за касовото изпълнение на бюджета на НЗОК след 2014 г. – няма данни.

ние на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ“, „медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ“ и „медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност“ (Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г./Обн. ДВ, бр. 98 от 9 декември 2016 г.). Така от 153.5 млн. лв. през 2012 г. техният размер нараства до 365.6 млн. лв. през 2017 г. От данните на Таблица 4 се наблюдава увеличаване на относителния дял на тази категория разходи за периода 2012–2017 г. – от 6,09 % през 2012 г. на 12,46 % през 2016 г., с незначителен спад през 2015 спрямо предходната година – от 11,95 % на 11,5 %, т.е. с 0,90 %. През 2017 г. относителният дял е 12,3 %, т.е. отчита се несъществен спад с 0,43 %, но като цяло съществува тенденция на нарастване размера на тези разходи във финансовия план на НЗОК.

В Таблица 4 са представени относителните величини за разходната част от здравноосигурителни плащания в бюджета на НЗОК, които отразяват небалансирания характер на разпределенията на здравноосигурителните плащания по категории медицинска помощ.

Таблица 4

Структура на разходите на НЗОК за здравноосигурителни плащания за периода 2012–2017 г. (в %)

Здравноосигурителни плащания на НЗОК/Години	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Общо разходи	100	100	100	100	100	100
Относителен дял на плащанията за ПИМП от всички здравноосигурителни плащания	6,68	6,42	5,61	6,60	6,41	6,60
Относителен дял на плащанията за СИМП от всички здравноосигурителни плащания	7,52	6,75	6,24	7,05	7,19	6,96
Относителен дял на денталната помощ	4,20	4,12	3,60	4,45	4,38	4,85
Относителен дял на медико-диагностичната дейност	2,84	2,52	2,21	2,60	2,49	2,57
Относителен дял на лекарствените средства за домашно лечение	19,37	20,18	19,84	20,19	19,26	18,90
Относителен дял на плащанията за БМП от всички здравноосигурителни плащания	53,30	50,46	50,55	47,61	47,81	48,09
Относителен дял на другите здравноосигурителни плащания	6,09	9,33	11,95	11,5	12,46	12,03

Източник: собствени изчисления.

Широко признато е, че обичайната практическа ситуация в националната ни здравна система е *приоритетността на превантивните дейности (промоция и профилактика)* да се намира в конкурентно отношение с приоритетността на клиничните услуги („диагностични, лечебни, рехабилитационни дейности, мониторинг на болни с хронични заболявания, грижи за терминално болни“ (Христов, 2014, стр. 111), което закономерно се отразява и на нивата на тяхното финансиране (вж. горната Таблица 4 и Таблица 5). От Таблица 4 е видно, че краткосрочните изисквания за лечението на конкретните пациенти като непосредствен приоритет не са съчетани в равностойно отношение с дейностите с дългосрочен ефект или тези, които подобряват бъдещото здравословно състояние на населението. Една от причините за това може да се търси в различния начин на оценяване на ползите за здравето, постигнати вследствие на лечебните дейности и на ползите за здравето, вследствие на превантивни дейности. Оценяването на последните е по-сложен и по-продължителен процес и заради това, че е по-трудно да се определят лицата, които биха се възползвали на теория от задължителните превантивни услуги, за разлика от тези, които се нуждаят от терапевтични услуги.

Договорените обеми и цени за дейностите в ПИМП, включително за профилактични дейности, между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз се уреждат като неотделима част от Националния рамков договор (НРД) за съответните години.

Значението на НРД при разпределяне на финансовите ресурси между различните дейности в системата на задължителното здравно осигуряване е съществено. Ролята на **Националния рамков договор (НРД)** е да осъществява функционална връзка в *задължителното здравно осигуряване* между съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина, като представители на изпълнителите на медицинска помощ (респективно на дейностите по здравна профилактика и здравна промоция) и осигурителната организация (НЗОК). Смисълът на договорната връзка между двете страни (Осигурител и Изпълнител, представен от съсловните организации) е постигането на споразумение за оказване на медицинска и дентална помощ в полза на осигурените граждани. Като основен правен инструмент и договорен регулатор НРД има ключова роля в здравеопазването ни в определянето на *общ национален стандарт* за оказване на качествена и достъпна медицинска помощ. Отбелязвайки ролята и значението на НРД, ще подчертаем, че съществено изискване на здравното ни законодателство е качеството на оказваната медицинска помощ да отговаря на утвърдените **национални медицински стандарти** и да съответства на утвърдени **правила за добра медицинска практика**. *Такива стандарти, касаещи дейностите за предотвратяване на заболяванията и подобряване на здравето у нас към момента няма.*

Отделните видове медицинска помощ, закупувани и заплатени от НЗОК, условията и редът за тяхното оказване, техните цени, обем (количеството медицински дейности, стоки и услуги) и обхват (конкретните ви-

дове дейности, стоки и услуги) и *методики на остойносттаване* се договарят в **Националните рамкови договори** за съответните години, а на следващ етап – те са обект на договаряне между конкретните видове изпълнителите на медицинска помощ и районните здравноосигурителни каси (РЗОК). В системата на *доброволното здравно осигуряване*, което не е обект на настоящото изследване, дейността по предоставянето на здравни услуги, в частност на тези с превантивен и здравнопромотивен характер, се регламентира в договорите между застрахователите и изпълнителите на медицинска помощ (вж. чл. 85 от Закона за здравното осигуряване).

Структурата на разходите по елементи за ПИМП, изплащани от НЗОК, включва още капитационното плащане, неблагоприятни условия на работа и преглед на ЗЗОЛ от други здравни райони, които не са обект на настоящата разработка. От 2011 г. към извършената от изпълнителите на ПИМП дейност се прибавя и заплащане на постоянен денонощен достъп до медицинска помощ на задължително здравно осигурено лице (Стойнова, 2012, стр. 153-156).

Към финансовите източници на ПИМП се причислява и потребителска такса на здравноосигурените лица. От данните в горната Таблица 5 се вижда, че през 2013 г. се въвежда нова дейност „Имунизации за рак на маточната шийка по национална програма“, която увеличава разходите за профилактична дейност през следващите години. От същата таблица може да се направи изводът, че през периода 2012–2017 г. здравноосигурителните плащанията по програма „Детско здравеопазване“, за профилактични прегледи, имунизации и реимунизации се запазват в едни и същи граници, а по програма „Майчино здравеопазване“ след 2013 г. е налице дори спад на плащанията. В същото време динамиката на плащанията за диспансерна дейност следва подчертано тенденция на нарастване, което е закономерно следствие от епидемичния характер, който придобиват хроничните неинфекциозни заболявания.

Особеност на механизма за разпределяне на финансовите ресурси и за определяне на режима и размера на заплащане на изпълнителите на ИБМП, респ. на ПИМП, е прилагането на *количествени показатели*: брой на здравноосигурените лица в пациентската листа, регистрирани към даден общопрактикуващ лекар (ОПЛ), брой на: извършените профилактични прегледи и тяхното съответствие по периодичност съобразно изискванията на НРД, на диспансеризираните лица при ОПЛ, на диагностичните изследвания, на осъществените имунизации спрямо общия брой подлежащи на имунизация лица; на прегледите при лекари специалисти. *Същите представляват специфични индикатори за качество на процеса в ПИМП.* В тази връзка *се предполага*, че *количественият принцип на отчитане и заплащане на извършени дейности е основание за привличане на повече здравноосигурени лица за профилактични прегледи, изследвания и консултации*, т.е. за по-голям обхват на законово подлежащите на превантивни мерки здравноосигурени лица. На практика този ефект не се постига, отчасти и заради ниските цени на превантивните услуги, които в изследвания период почти не са променени.

Таблица 5

Разпределение на разходите на НЗОК за здравноосигурителни плащания за профилактични дейности в ПИМП за периода 2012–2017 г. (в лв.)

Вид дейност/Години	2012	2013	2014	2015	2016*	2017
Общо разходи за ПИМП	169 000 000	176 000 000	176 000 000	183 000 000	184 000 000	200 000 000
Профилактична дейност по програма "Детско здравеопазване" - общо	20 750 980	21 802 483,5	20 083 030	20 628 549	23 663 720	16 257 061
Профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година	5 068 136	5 490 297	5 430 339	5 275 638	6 591 359	4 078 578
Профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години	1 862 728	1 753 440	1 672 296	1 547 520	1 976 819	1 247 103
Профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години	4 462 880	4 645 008	4 449 600	4 414 296	5 073 598	3 394 046
Профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години	4 826 848	4 902 480	3 901 240	5 062 896	5 725 110	4 405 185
Задължителни имунизации и реимунизация на лица от 0 до 18 години	4 530 388	5 011 258,5	4 629 555	4 328 199	4 296 834	3 132 149
Профилактична дейност по програма "Майчино здравеопазване"	60 810	70 882	66 150	52 864	46 004	24 731
Дейност по диспансерно наблюдение	29 127 256	30 370 329	32 638 523	37 621 598	44 585 281	30 563 423
Профилактични прегледи на лица над 18 години	17 144 752	21 139 407	21 336 300	23 083 460	24 307 710	18 580 992
Имунизации на лица над 18 години	1 080 000	1 162 561,5	1 100 700	1 005 003	1 022 980,5	646 627,5
Имунизации за рак на маточната шийка (РМШ) по национална програма	Няма	40 000	97 620	60 000	Не е посочен обем/цена 4,00 лв.	** цена 4,00 лв.
Общо разходи за профилактична и диспансерна дейност (без препоръчителните ваксини за РМШ)	68 163 798	74 545 663	75 224 703	82 391 474	93 625 695,5	66 072 835
Общо разходи за профилактична дейност (без препоръчителните ваксини за РМШ)	39 036 542	44 175 334	42 586 180	44 769 876	49 040 414,5	35 509 412

Източник: НРД за медицински¹³ дейности, Закони за бюджетите на НЗОК за съответната година.¹⁴

¹³ Извън обхвата на настоящото изследване остава денталната медицинска помощ.

От направения обзор се вижда чувствителният превес на средствата в извънболничната помощ за лечебни и други дейности (в това число административни и дейности, свързани с трудовата експертиза), за сметка на средствата, предвидени за профилактика и здравна промоция. Данните от *годишните отчети на здравната каса* дават основание да се направи заключението за тенденцията НЗОК да осигурява финансово покритие приблизително на 50 % от потребностите от профилактични прегледи и изследвания на подлежащите, а това са всички здравноосигурени лица. *Това недвусмислено води до извода за незадоволителния размер и дял от публичните средства от бюджета на задължителното здравно осигуряване за провеждането на превантивни дейности.*

Остава открит и въпросът за качеството и ефективността на профилактичните и здравнопромотивни услуги като фактор за ограничаване на смъртността, заболяемостта и подобряване здравния статус на населението. Понастоящем у нас *не се извършват плащания на ОПЛ и на лекарите специалисти, базирани на качеството на реализираните от тях здравни услуги* или постигнати резултати. Не се прилагат например точковата система за постижения в управлението на някои от най-честите хронични заболявания, както и *заплащане за позитивно здраве* – на база пациенти с подобро и запазено здраве, а не за оздравял.

От начина на разпределение на средствата за здравноосигурителни плащания в здравната система като цяло и в частност в подсистемата на ПИМП през изследвания период се очертава по категоричен начин съществуващ *дебаланс между профилактичните и другите (предимно лечебно-диагностични, административни и свързани с трудовата експертиза) дейности.* Този дисбаланс е налице въпреки утвърдените като стратегически приоритети в НЗС превантивни дейности. Тези дейности са силно редуцирани и *лишени от възможността да предотвратят множество състояния и хронични заболявания* впоследствие подлежащите на диспансеризация и хоспитализация пациенти. Финансовата диспропорция, представена в относителни стойности, между превантивните и другите дейности в ПИМП, е илюстрирана на Таблица б.

Очертаните недостатъци в състоянието на дейностите по профилактика на заболяванията и промоция на здравето в България налагат необходимостта от *формулиране на водещите фактори за това в смисъла им на основа за тяхното бъдещо преодоляване.*

¹⁴ **Забележки:** *Особеност на разчетите за обема и цените на профилактичните дейности в НРД за 2016 година е, че те се основават на две наредби, съответно на Наредба № 40 от 2004 г. и на Наредба № 2 от 2016 г. НРД за 2017 г. се базира на Наредба № 2, която през октомври 2017 г. е отменена...

** Препоръчително ваксиниране срещу РМШ и срещу ротавирусните гастроентерити по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 ЗЗ.

Таблица 6

Структура на разходите на НЗОК за здравноосигурителни плащания за профилактични дейности в ПИМП за периода 2012-2017 г. (в %)

Вид разходи/Години	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Общо разходи за ПИМП	100	100	100	100	100	100
Общо разходи за профилактична и диспансерна дейност	40,33	42,36	42,74	45,02	50,88	33,04
Общо разходи за профилактична дейност	23,10	25,10	24,20	24,46	26,65	17,75

Източник: собствени изчисления.

III. Водещи фактори, влияещи върху функционирането и ефективността на дейностите по промоция на здравето и профилактика на заболяванията

Държавните (публични) разходи като съставна част от БВП, която задоволява базови социално-културни потребности на населението, представляват главен лост за намеса на държавата в националната икономика. Публичните разходи за здравеопазване (в частност разпределените за превантивни здравни дейности) са елемент от тази група разходи, отличаващ се със своя *непряк производителен характер*. Определянето на тези разходи е трудно, тъй като те *не са инвестиция с пряка парична възвръщаемост*, а способстват за увеличаване на БВП и на благосъстоянието на населението по косвен начин – посредством количественото и качествено възпроизводство на човешкия капитал чрез създаването на условия за повишаване на трудовата и икономическа активност на населението. Ето защо измерването на *нематериалните ползи* от прилагането на превантивни здравни дейности (предотвратени заболявания, опазено или подобро здраве) предполагат прилагането на *непреки методи за оценяване* (измерване на настояща стойност на бъдещи очаквани приходи или нарастващи през живота на лицето ползи, дължащи се на доброто здраве). (Адамов, Лилова, & Симеонов, 2009, стр. 342, 404-410). В това отношение същевременно ще подчертаем, че на инвестирането в превантивни здравни дейности не бива да се гледа само като на форма на приходен актив, който формира доход (печалба), а и като на инвестиране в: „дълготрайна потребителска стока, която генерира психически доходен поток“ за личността или цялото население през периода на опазеното, подобро или повишено здраве. (Адамов, Лилова, & Симеонов, 2009, стр. 408).

От друга страна, значителна част от разходите за здравеопазване и особено за превенция на заболяванията и насърчаване на здравето се счи-

тат за *инвестиция*, която води до голяма *норма на възвръщаемост*. (The Case for investing in public health; In: The economic case for prevention, 2014, pp. 7-8). Това се явява една от водещите причини, дейностите по профилактиката на болестите и промоцията на здравето *да бъдат интегрирани в концепциите на всички национални здравни програми*, чието изпълнение е предвидено в системата на първичната здравна система чрез подходящи технологии, с участие на общността и посредством междусекторна координация.

Независимо от гореспоменатото, както акцентирахме нееднократно, тези дейности получават по-нисък приоритет в сравнение с клиничните грижи. Например в развити европейски държави като Великобритания и Германия през последното десетилетие разходите за здравеопазване, разпределени за програмите за обществено здравеопазване, превенция и насърчаване на здравето, варират между 3 и 5 %. Повечето държави-членки на ЕС *не използват пълните възможности на превантивните дейности за ограничаване тежестта и разходите за болести в дългосрочен план*. Открит стои въпросът за въвеждането на *промяна в начина на разпределение на разходите или за балансираното финансиране* поне на превантивните и лечебни дейности. Не бива да се забравя обаче, че едно рязко намаляване на финансирането на лечебните услуги би оказало неблагоприятно въздействие върху здравето на населението. Поради тази причина в краткосрочен план единственото, което изглежда постижимо, е *поетапното изместване на фокуса върху превенцията и здравната промоция (с устойчив процентен годишен ръст на доболничната помощ, с реална приоритетност на превантивните дейности)*. В същото време трябва да припомним факта, че финансовите спестявания не са единствен аргумент за увеличаване разходите за дейности, свързани с опазване и подобряване на общественото здраве. Такъв аргумент е и присъщата добавена стойност на здравето, от която зависи производителността и качеството на живот на населението. Насочването на повече ресурсите към превенцията и здравната промоция трябва да се извършва *най-вече и в защита на човешкото право на добро здраве и като един от механизмите за ограничаване на бедността и поддържане на икономическа устойчивост* в обществото като цяло.

Липсата на ресурси в *достатъчен размер* е ограничаващ фактор тогава, когато здравната система не е в състояние да обхване подлежащото население откъм обем и периодичност на профилактичните и здравнопромотивни мерки, каквато е ситуацията в България. Не бива да се счита обаче, че увеличаването на размера на финансовите ресурси решава автоматично проблемите на изследваните дейности. Функционирането на последните е в пряка зависимост от справедливото разпределяне на финансовите средства, както и от тяхната обвързаност с получените резултати. Следователно както при определянето за работеща здравна система е задължително да се посочи свойството *„ефективно действащата система“*

(постигане на максимална полза при минимални разходи), така и по отношение на превантивните дейности значение има тяхната *ефективност*. Най-общият показател за изразяване на ефективността, в качеството ѝ на критерий за оценка при вземането на бюджетни решения, се свежда до съпоставяне на разходите и ползите на проект, мярка или дейност, като ресурсите се насочват обикновено към тези от тях, чиито стойности на постигнатите ефекти, превишават стойностите на вложените разходи (Адамов, Лилова, & Симеонов, 2009, стр. 336). Предвид особеностите на ефектите от здравни (респ. превантивни) услуги заключението относно ефективността на една или друга дейност в голяма степен зависи и от технологията на дефиниране на ефективността.¹⁵

Трябва да се има предвид и фактът, че при стратегически дългорочния подход за опазване и подобряване на здравето на населението много от факторите и разходите попадат *извън сектора на здравеопазването* (образование, финанси, транспорт, околна среда, селското стопанство). При този подход ефектът от двете дейности се намира в пряка зависимост от *организацията и финансирането на други дейности*¹⁶, които не са елементи от конкретни програми за обществено здравеопазване. Това предполага възможността за прилагането на различни *форми на споделено финансиране*.

Въпросът за оптималното функциониране на дейностите по профилактика на заболяванията и промоция на здравето е в непосредствена взаимовръзка с *въпроса за обема и качеството на доказателствата за ефективност на тези дейности* и подобряването на техниките за икономическа оценка на същите. Генерирането на научни доказателства е начин да се вземат решения за осигуряване на достатъчно ресурси и компетенции за качествени превантивни мерки и програми. Така например в доклада на датския Национален съвет по здравеопазване се подчертават предимствата на *основания на доказателства подход* към планирането на превантивни и насърчаващи здравето мерки на регионално и национално ниво (Skovgaard, Nielsen, & Aro). В доклада се разграничават три вида доказателства в доказателствената основа на превенцията и здравната промоция, а именно:

- доказателства относно детерминантите на здравето и болестта (основани на *епидемиологични проучвания* и подходи);

¹⁵ Методите за анализ на ефективността в здравния сектор са обект на разработки от автори като: С. Гладилев, Е. Делчева, П. Салчев и други, но разграничаването и прецизирането на понятията „ефективност“ и „ефикасност“ там е в незадоволителна степен. (Вж. (Финансиране и управление на здравеопазването – теоретични основи, модели, проблеми и тенденции, стр. 154-164))

¹⁶ Такива дейности например са повишаване образователното равнище на работещите, подобряване на транспортната инфраструктура за колоездене, повишаване на пътната безопасност като цяло и т.н.

- доказателства за ефективността на превантивните дейности (основани на *систематични прегледи или метаанализи*);
- доказателства, свързани с организацията и изпълнението на дейностите и мерките (под формата на обосноваване на *възможно най-добрия проект* при конкретни обстоятелства)¹⁷.

Добре документираната „пропаста“ между теорията и практиката, между декларираната и фактически реализирана приоритетност на превантивните дейности до голяма степен е свързана именно с *недостатъците, пропуските и противоречията в доказателствата за тяхната ефективност, т.е. те подлежат на развитие*¹⁸ (McDaid, Sassi, & Merkur, 2015, стр. 237, 279).

Качеството и ефективността на мерките в областта на превенцията и здравната промоция конкретно в България също *представлява функция от няколко взаимодействащи си фактори*. Наред с разгледаните дотук фактори, основен фактор са особеностите на *начин на функционирането им, респективно организация, управление и контрол*. В процеса на изграждане на ефективна система от превантивни дейности е наложително да бъдат подобрили факторите на условията, в които те се извършват, сред които с ключово значение са:

- липсата на компетентност и неразбиране на съответната терминология и понятиен апарат и свързания с тях дефицит на методи за оценка на риска в областта на профилактиката и промоцията на здравето (Салчев, стр. 5). Този фактор обуславя и трудността при точното диференциране на подвидовете дейности в обхвата на изследваните от нас дейности;
- недостатъчното кадровото осигуряване с ОПЛ и специалисти и тяхното неравномерно териториално разпределение, съдейки по

¹⁷ Вж. Някои примерни насоки за оценка на ефективността на превантивни програми, в: Основни насоки, принципи и стандарти за добра практика в областта на превенцията на употребата и злоупотребата с психоактивни вещества в България/Отдел „Превантивни дейности“ в Национален център по наркомании <http://www.ncn-bg.org/activity91.php>

¹⁸ Пропуски в базирани на доказателства мерки има по отношение на ефективността на превенцията на хроничните заболявания, психичното здраве и нараняванията, Недостатъчно са доказателствата за ефективността на училище - базирани мерки и медийни кампании, посветени на алкохола. Некатегорични са доказателствата, свързани с употребата на каска за велосипед и пътните инциденти. Недостатъчно обосновани са дългосрочните и широки последици от действия и мерки, свързани с хранителните навици на хората. Констатира се необходимостта от изследвания върху дългосрочните последици за здравето, предизвикани от държавни политики и регулации със стимулиращо въздействие върху конкретни селскостопански сектори и мн. други. Търпят развитие доказателствата за финансовата възвръщаемост от инвестиции в образованието във връзка с проучванията на дългосрочните последици от вредите за здравето в детството – по отношение на образованието, заетостта и перспективите за кариера, контакт с наказателното правосъдие и лични взаимоотношения. От по-нататъшно разработване се нуждаят и методите за оценка на ефективността на различни пакети от действия на различни нива, например в борбата с тютюнопушенето.

броя на сключените между НЗОК договори с изпълнители на ПИМП и СИМП;

- недостатъчното време, с което разполагат семейните лекари за превантивни дейности в резултат на големия обем на техните пациентски листи и множествеността на осъществяваните от тях дейности. Вследствие на времевия дефицит профилактичните и промотивни дейности са незадоволителни по брой, периодичност във времето и качество¹⁹.
- неинформираност на ОПЛ относно здравния статус на целия контингент лица по пациентски списък. Социалната медицина определя профилактичните прегледи като активни методи за набиране на информация за заболяемостта на населението, следователно те не бива да се прилагат единствено спрямо потърсилите медицинска помощ (пациенти);
- липсата на продължаващо обучение и финансово-организационни условия за допълнителна квалификация в областта на здравната превенция и промоция. Общопрактикуващите лекари като цяло са незапознати или частично запознати с принципите на последните, въпреки положително им отношение към тях. Това се явява една от причините, пациентите да не бъдат информирани от личния си лекар относно здравословния начин на живот;
- непълноценно използване капацитета на медицинската сестра, която има съществена роля в профилактиката и здравната промоция в редица страни и пропуски в нейната подготовка;
- проблеми при сътрудничеството със СИМП, липсата на ефективен контрол, на отделни регулативни стандарти за тези дейности, на ясни критерии за очакваните резултати от тяхното провеждане и др. (Цветков, 2016, стр. 41-43).

Заклучение

Изложените по-горе постановки относно: особеностите и позиционирането на дейностите по профилактика на заболяванията и промоция на здравето в здравноосигурителния модел на България; режима на финансирането им от НЗОК и факторите за подобряване на структурата и процеса на тяхното осъществяване в здравната система на България са достатъчни, за да формулираме следните основни **изводи**:

1. Липсва стабилност на нормативната база. Поднесените в несистемен вид и с пропуски регламенти и периодичните, често съществени законови и подзаконови промени спрямо превантивните дей-

¹⁹ Потвърждение на твърдението са данните за броя на извършените профилактични прегледи и изследвания в годишните отчети на НЗОК.

ности, гарантирани от бюджета на НЗОК, създават вакуум или хаос при осъществяването на същите и не способстват за решаването на свързаните с тях проблеми.

2. Основни доставчици на профилактични и здравнопромотивни услуги в здравната система у нас са общопрактикуващите лекари (базова фигура в системата) и лекарите специалисти в доболничната медицинска помощ.
3. В контекста на основния пакет от гарантирани здравни дейности в България системата на профилактичните и здравнопромотивни услуги не е достатъчно развита. Тя работи с твърде ограничен капацитет – с недостатъчен обем и качество, с ограничен обхват на превантивните дейности, с неразвита инфраструктура за промоция на здравето и се характеризира с незадоволително публично финансиране, което възпрепятства нейната ефикасност и ефективност.
4. Увеличаването на сигурността относно необходимостта от влагането на ресурси за дейности по предотвратяване на заболяванията и подобряване на здравето, е свързано с възникването на нови знания, с избора на нови практики, както и с развитието на доказателства за тяхната ефективност при конкретните ресурси, целеви групи и условия.

Представените здравни дейности предлагат големи възможности за опазване и подобряване здравето на населението, за постигане на социалните и икономически цели на здравната система и за балансираното обществено развитие. Оттук произтича и неотложността на тяхната преоценка в контекста на стратегически пренасочената приоритетност на здравните дейности в глобален и в национален мащаб. Преодоляването на застоя в тяхното действително разширяване и усъвършенстване и постигането на максимално използване на техния потенциал за здраве на болните и на здравите предполага прилагането на интегриран многофакторен подход.

Използвани източници

Broadcasting bad health. Why food marketing to children needs to be controlled. (н.д.). Изтеглено на 14 11 2017 г. от

<http://www.foodcomm.org.uk>:

http://www.foodcomm.org.uk/pdfs/Broadcasting_bad_health.pdf

McDaid, D., Sassi, F., & Merkur, S. (2015). *Promoting Health, Preventing Disease - The Economic Case*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Изтеглено на 15 11 2017 г. от

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/283695/Promoting-Health-Preventing-Disease-Economic-Case.pdf?ua=1

Skovgaard, T., Nielsen, M. B., & Aro, A. R. (н.д.). *Evidence in Health Promotion and Disease Prevention*. Изтеглено на 15 11 2017 г. от <https://www.sst.dk>:
<https://www.sst.dk/~media/CB8434C7C62B4516A2F4213EB652BCA.F.ashx>

The Case for investing in public health; In: The economic case for prevention. (2014). Изтеглено на 15 11 2017 г. от <http://www.euro.who.int>:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf

Адамов, В., Лилова, Р., & Симеонов, С. (2009). *Бюджет и бюджетни политики*. Свищов: Академично издателство "Ценов".

Гладилов, С., & Делчева, Е. (2000). *Икономика на здравеопазването*. София: Princeps.

Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г./Обн. ДВ. бр.98 от 9 Декември 2016 г. (н.д.). Изтеглено на 15 11 2017 г. от <https://www.lex.bg>:
<https://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2136949076>

Закон за здравето/в сила от 01.01.2005 г.изм. ДВ. бр.85 от 24 Октомври 2017 г.,чл.2. (н.д.). Изтеглено на 14 11 2017 г. от <https://www.lex.bg>:
<https://www.lex.bg/laws/ldoc%20/2135489147>

Закон за здравето осигуряване/изм. ДВ. бр.85 от 24 Октомври 2017 г. (н.д.). Изтеглено на 14 11 2017 г. от <https://www.lex.bg>:
<https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134412800>

Закон за лечебните заведения/изм. ДВ. бр.85 от 24 Октомври 2017г. (н.д.). Изтеглено на 14 11 2017 г. от <https://www.lex.bg>:
<https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134670848>

Наредба № 2 от 25 март 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса/ДВ, бр. 24 от 2016 г. (н.д.). Изтеглено на 14 11 2017 г. от <https://www.mh.government.bg>:
https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/03/29/naredba-2-25-03-2016-opredelqne-osnoven-paket.pdf

Наредба № 3 от 27 април 2000 г. за здравните кабинети в детските заведения и училищата/изм. ДВ. бр.83 от 10 Октомври 2000г., чл. 2 и чл. 7. (н.д.). Изтеглено на 14 11 2017 г. от <https://www.lex.bg>:
<https://www.lex.bg/laws/ldoc/-549433854>

- Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията/обн. ДВ. бр.93 от 23 Ноември 2016 г. (н.д.). Изтеглено на 14 11 2017 г. от <https://www.lex.bg>:
<https://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2136933195>*
- Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ/В сила от 02.06.2006 г./изм. ДВ. бр.29 от 7 Април 2017 г., чл. 15 (1). (н.д.). Изтеглено на 14 11 2017 г. от <https://www.lex.bg>:
<https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135527794>*
- Национална здравна стратегия 2014-2020. (н.д.). Изтеглено на 14 11 2017 г. от <http://www.mh.government.bg>:
http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/06/26/proekt-nacionalna-zdravna-strategiq-2014-2020.pdf*
- Обществено здраве. Трета здравна програма (2014 – 2020 г.). (н.д.). Изтеглено на 16 11 2017 г. от <https://ec.europa.eu>:
https://ec.europa.eu/health/programme/policy_bg*
- Салчев, П. (н.д.). Здравната политиката в областта на профилактиката. Изтеглено на 15 11 2017 г. от http://politiki.bg/?mod=osf&lang=1&c=cc_osf_heading&m=readDoc&p_id=953&p_inst=321121
- Стоянова, Р. (2012). Финансиране на общопрактикуващите лекари в България от НЗОК (2004-2011). *Управление и образование, VIII(3)*. Изтеглено на 15 11 2017 г. от http://www.conference-burgas.com/maevolumes/vol8/BOOK%203/b3_25.pdf
- Финансиране и управление на здравеопазването - теоретични основи, модели, пролеми и тенденции. (н.д.). Изтеглено на 14 11 2017 г. от www.minfin.bg: <https://www.minfin.bg/document/2891:1>*
- Христов, Н. (2014). *Качество на първичната медицинска помощ-дисертация/В:Приложение "Медицински стандарт по обща медицинска практика". МУ, Факултет по обществено здраве - София.*
- Христова, М. (2012). *Регулиране на финансовата организация на задължителното здравно осигуряване в България-дисертация. СА "Д. А. Ценов" - Свищов.*
- Цветков, Ц. С. (2016). *Промоция на здравето и профилактика на болестите в първичната медицинска помощ - автореферат на дисертационен труд. МУ, Факултет по обществено здраве - София. Изтеглено на 15 11 2017 г. от http://nt-cmb.medun.acad.bg:8080/jspui/bitstream/10861/1157/2/Tsvetan_Tsvetkov-ref.pdf*