

ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В ГЪРЦИЯ - НЕОБХОДИМОСТ ОТ РЕФОРМА

К. Пасхалидис

THE GREEK NATIONAL HEALTHCARE SYSTEM - REFORMATION NEEDS

K. Paschalidis

Резюме: В статията се анализират някои основни проблеми на националната здравна система в Гърция. Авторът подчертава необходимостта от нови приоритети на здравната политика и от по-ясно обосноваване на целите и отговорностите на всички нейни нива. Гръцкото здравеопазване се нуждае от широк публичен дебат и социална подкрепа чрез активно участие на обществеността в решаването на здравните проблеми на нацията. Ново предизвикателство е внедряването на модерните подходи и технологии на здравния мениджмънт.

Ключови думи: здравна политика, обществена ангажираност, здравен мениджмънт, организационна промяна.

Summary: This article reveals the importance of the contemporary public health problems in Greek national health system. The system needs new priorities especially clarifying goals and responsibilities at all levels. The Greek health care reform requires broad both public debate and social support as well permanent public involvement. A new challenge is the implementing the modern healthcare management approaches and technologies.

Key words: health policy, public involvement, health management, organizational change.

Съвременните здравни реформи крият сериозни предизвикателства пред всяка една национална здравна система.

Здравната система в Гърция традиционно се базира върху социалното здравно осигуряване, но в 1983 г. чрез реформа бе създадена Национална здравна система (НЗС), която е опит да се увеличи делът на държавното финансиране на здравеопазването.

В рамките на държавната система първичната медицинска помощ се осигурява от държавата чрез селски здравни центрове, от социалното осигуряване чрез поликлиники и от частно практикуващи лекари, имащи договори със социално-осигурителните фондове в страната. По този начин първичната медицинска помощ се финансира от държавата и от социално-осигурителните фондове. Вторичната и третичната специализирана помощ се осигурява от държавата и се финансира от държавата и осигурителните фондове в съотношение съответно 70% и 30% (2).

Допълнително съществува значителен частен сектор както в първичната, така и в специализираната медицинска помощ, където финансирането е кешово или/и от

частни здравно-осигурителни фондове. В резултат на здравната реформа от 1983 г. има универсално обхващане на населението с нарастване на специални облекчаващи пакети от осигурителните фондове и с подобряване достъпността до здравното обслужване особено в селските райони. Директното (кешово) плащане се свежда до съучастие (co-payment) в плащането на някои услуги, поети от държавната система и лично плащане на частните лекари или болниците. Плащането „под масата“ е широкото разпространено. В организационен аспект здравната система е силно централизирана и регулирана.

Здравната реформа в Гърция има своите съществени фактори и предпоставки. Важни и постоянни проблеми на здравната система, които доведоха до реформата са:

- силно централизиране на административните структури;

- неадекватни и множествени финансови източници, водещи до некоординирани и дублиращи се здравни служби, както и до неравенство във вноските към различните фондове или в пакета и качеството на здравните услуги;

- слаба първична здравна помощ, отсъствие

на специално подготвени семейни лекари и система за насочване към специалисти, както и на приемственост в здравните услуги;

- липса на управленски и организационни структури, които да създават стимули у здравния персонал за по-ефективна дейност;

- неравно разпределение на здравния персонал;

- остарели подходи в профилактиката;
- липса на контрол на качеството и като резултат ниско доверие на населението към здравната система.

Последните здравни закони в Гърция (1997 г.) са насочени в следните направления:

- Първично здравно обслужване. В течение на три години се създава първична здравна мрежа, състояща се от наличните поликлиники и здравни центрове и окомплектована щатно от общопрактикуващи лекари и основни специалисти. Създава се система на семейни лекари. Всяко семейство има свободата да избира лекар или да остане извън тази система. Семействата, участващи в системата, имат по-лесен достъп до здравни услуги и по-къс период на чакане. Тъй като системата за насочване (referral) към по-горните нива не е задължителна, затова не се очаква да се получи ефектът на предварителен филтър и регулиране (gatekeeping).

- Контрол на качеството. Създава се агенция за качество и акредитация на здравните служби. Чувства се обаче острата нужда от един по-системен мониторинг и контрол върху качеството на предоставяните здравни услуги на трите нива – първична медицинска помощ, извънболнична специализирана медицинска помощ и болнична помощ.

- Права на пациентите. Установяват се стандарти за права не само в болничната сфера, но и в първичната медицинска помощ.

- Организационни промени и децентрализация. Създава се съвместен комитет за координация на здравната политика и дейност между Националната здравна служба и социално-осигурителните фондове. Важни функции на Министерството на здравеопазването ще се децентрализират и предоставят на местното ниво на управление.

Законът за установяване на Национална здравна служба (1983 г.) не бе приложен напълно. Имаше някои подобрения по отношение на по-пълното обхващане на населението. Въпреки това здравните разходи бързо нарастваха и продължаваха да бъдат нерешени редица проблеми, особено нееднаквият достъп до здравните служби, високият дял в съчастието при заплащането (co-payment), ниската удовлетвореност на пациентите (5).

Нарасналите публични разходи, свързани със здравната реформа, се съпровождат от високи частни разходи (вкл. появата на значителна скрита или „черна икономика“ в здравното обслужване). Според J. Kyriopoulos

и сътр. към 1994 г. скритата икономика в здравния сектор съставлява 16,9% от общите разходи за здравеопазване или 1,13% от brutния национален продукт. През 1974 г. „скритата (черна) икономика“ е била 7,5% от общите здравни разходи. Според оценката на L. Liagroulos и E. Tragakes глобалните кешови (в брой) разходи съставляват около 35-40% от националните здравни разходи, като в тази оценка са включени официалните частни плащания за медицинска помощ и неформалните „скрити“ плащания (10).

Тези тенденции доведоха до нарастващ финансов дефицит в публичния здравен сектор, поради което бяха предприети мерки за ограничаването на разходите. Тези мерки включваха участие на пациентите в заплащането на здравните услуги и в частност на високите медицински технологии. Обаче не се постигна нито задържане на разходите, нито нужната конкуренция между доставящите здравните услуги. Обратно на това, получи се по-голям дефицит в здравния и социално-осигурителния сектор на Гърция и именно по този начин универсалното покритие на населението със здравни услуги бе компрометирано. Същото се отнася и до финансирането на здравната служба. Тези проблеми станаха обект на редица критични анализи от страна на Националната школа по обществено здраве в Атина.

Поради това в края на 90-те години приоритет на правителството стана ориентацията към някаква по-голяма здравна реформа. Главните фактори, стимулиращи процеса на реформата, бяха:

- международна политическа обстановка на глобализация;

- националните макро-икономически ограничения;

- неефективност на здравния сектор.

Независимо от това, както сочи J. Levett, здравната политика в Гърция си остана в рамките на преходен период, поради което провеждането на голяма (фундаментална) реформа все още е проблематично. Авторът счита, че здравният сектор се характеризира с „пропасть“ между доста шумната реторика за значителна здравна реформа и очевидната реалност на нейното неосъществяване (8).

Политика на задържане нарастването на здравните разходи. Въпреки икономическата рецесия и ограничителните мерки, здравните разходи през последните две десетилетия продължават да нарастват. Общите разходи за здравеопазване в страната според официалната статистика са около 6,8% от БВП, а реалните разходи, включващи кешови и други плащания, са 8,2%. Средногодишният темп на нарастване на здравните разходи през 90-те години се движи около 6,5%.

Според официалните данни се счита, че страната има ниски разходи за здравеопазване.

Това е парадоксално според J. Kyriopoulos и J. Levett, които привеждат следните съображения. До 80-те години здравните разходи са по-ниски в сравнение с другите страни, членки на ЕС. По-късно следва нарастване както на публичните разходи, така и на частните разходи. Успоредно с това нараства скритата здравна икономика - от 7,5% през 1974 г. до 16,9 % през 1994 г. Частните разходи за здравеопазване са сред най-високите в Европа. Изследванията на семейния бюджет показват, че общите и частните разходи за здраве са близо до средните в ЕС. Оценява се, че частните разходи за здраве достигат 3,1% от БНП, но това включва част от скритата икономика (7).

Според J. Kyriopoulos и J. Levett единствено тук от ЕС не е въведена интегрирана здравна политика за задържане на разходите. След 1997 г. (Акт 2517) се предвижда въвеждане на диагностично-свързаните групи в болниците и контрол върху разходите. Предвижда се също контрол върху прекомерното използване на лекарства.

Като общ подход на здравната политика се въвежда функцията на болничния мениджър (изпълнителен директор) с оглед по-ефективен контрол върху здравните ресурси.

Експертите считат, че са възникнали структурни противоречия в пазара на здравеопазването. В действителност съществуват четири субпазара в здравеопазването. Те включват Националната здравна служба като държавен олигопол; частен извънболничен пазар под контрола на Министерството на здравеопазването и благосъстоянието; здравно-осигурителен модел (Бисмарк) под контрола на социално-осигурителния фонд и Министерството на труда, социалната сигурност (МТССЗ) и заетостта; здравен пазар под контрола на МТССЗ. Отбелязва се, че до края на 90-те години в Гърция все още е липсвала система на общопрактикуващи лекари, няма профилактични програми, слаб е секторът на общественото здраве.

Приоритетна цел е консолидирането и интегрирането на тези четири субпазара, за да се постигне и структурира един унифициран здравен сектор. Но тази цел на здравната реформа среща противоречиви тенденции и е труден политически процес. Експертите на СЗО препоръчват изработването на Национална здравна стратегия. Липсата на подобна стратегия причини за дълъг период серия от малки промени и неефективна обществена подкрепа на здравната реформа.

Новата законова база (Акт 2519) предвижда унифициране и засилване социалния характер на Националната здравна система и равен достъп до здравните услуги, регламентиране правата на пациентите и ориентиране към нов интегрален тип обществено здравеопазване.

Нови механизми за заплащане. В болниците се въвеждат: глобален бюджет на отделенията, нова система на ценообразуване, основана на

отчетност за случай (diagnostic related groups) и стимули за производителност на здравните професионалисти. Лекарите в първичната медицинска помощ ще получават заплащане за брой регистрирани пациенти и за специфични здравни услуги.

Обществено здраве. Създават се една централна и 13 регионални лаборатории, съответстващи на административното деление на страната. Създава се мрежа от институции по обществено здраве. Те ще носят отговорността за наблюдение и реализиране на регионалната здравна политика. Заедно с това се установява системата на училищните лекари, пред които най-сериозното предизвикателство е промоция на здравето ни здравното възпитание на подрастващото поколение.

Като цяло се преценява, че здравната политика в Гърция е в доста продължителен преходен период, тъй като голяма част от здравното законодателство се прилага само частично. Въвеждането на национална здравна система не бе придружено от реалистично планиране в съответствие с икономическите възможности на страната. Няма критерии за здравни приоритети, а също и механизми за осигуряване на ефективно използване на ресурсите в здравеопазването.

Експертите считат, че важни проблеми са отсъствието на адекватна управленска култура и компетентен в тази насока персонал, както и неразвитата информационна система. Няма достатъчно развита мрежа за първична медицинска помощ. Съществуващата политика на ценообразуване и на увеличаване на доставките чрез акцент върху биомедицинските технологии вероятно ще доведе до допълнителни проблеми в разходите за здравеопазване. Според J. Kyriopoulos и J. Levett единствената важна характеристика в здравния сектор на Гърция е контрастът между ентусиастките решения и политическите пози, от една страна и отсрочването на прилагане на тези решения в отдалечено бъдеще (7). На тази основа съществува нерешен конфликт между политическите и икономически дейци и съпротива на здравните професионалисти срещу промяната в здравния сектор. Съпротивата срещу промяната много често е неявна и завоалирана, но тя обективно съществува и следва да бъде анализирана и своевременно преодолявана. Слабостите в сегашната здравна политика могат да имат за резултат в бъдеще рязко намаляване на разходите за публичния здравен сектор и засилване на частния сектор.

Според редица експерти основните слабости на здравната реформа в Гърция се дължат преди всичко на фактори от управленско естество - слабости в здравния мениджмънт. Анализирайки прекомерната децентрализация в управлението на здравните служби, Хр. Бурсанидис определя патогенезата

на съществуващото положение като „система на организираната безотговорност“. Авторът счита, че като логическо следствие от съвременното управление на здравните служби е необходимо въвеждането на държавен/обществен мениджмънт на здравеопазването на неговото микрониво.

Я. Кириопулос и Хар. Иконому обсъждат възможността и необходимостта от съчетаване моделите на Бисмарк и Беверидж (в известен смисъл Семашко) или, с други думи, преминаването от държавата на социалното осигуряване към държавата на хуманността/филантропията. В тази насока авторите дискутират дилемата: здравна политика, основана на отлично (неизпълнимо) решение или здравна политика, основана на второ добро (изпълнимо) решение.

Както се вижда водещите гръцки експерти в областта на здравната политика и здравния мениджмънт анализират в доста критична светлина организационните промени в здравния сектор. Критичният тон на експертите произлиза от обстоятелството, че Гърция е член на ЕС, страна с утвърдена пазарна икономика и поради това е недопустимо да не се внедряват на практика приети вече закони. Техните анализи показват, че пред управлението на процесите на здравната реформа в страната стоят сложни проблеми за неотложно решаване, един от които е общественото мнение и оценка, общественото отношение и удовлетвореност от променящото (или непроменящото) се здравно обслужване на населението.

Оценени в по-широк контекст тези критични анализи показват, че в повечето балкански страни съществуват сходни нерешени проблеми на националните здравни системи. Това е отразено много сполучливо в публикуваната колективна монография „Съседите на Балканите - започващ диалог за здравето“ (8). Анализът на тази монография поставя акцент върху редица предизвикателства на здравната политика в балканските страни и главно върху необходимостта от въвеждане на междусекторно партньорство и промоция на здравето, стимулиране на справедливостта в здравните услуги, компетентно управление на здравните реформи и по-широко междудържавно сътрудничество в областта на здравеопазването. Като първа стъпка може да се реализира експертно сътрудничество между институции и експерти в областта на здравната политика и здравния мениджмънт главно чрез факултетите и школите по обществено здравеопазване в тези страни.

Независимо от ограничения брой на публикациите относно здравната реформа в Гърция, следва да се отчете по-изявеният критичен тон в анализите и едно по-определено позоваване на общественото мнение за качеството на здравните услуги.

Водещите експерти по здравна политика и мениджмънт на страната са убедени, че независимо от промените през последното десетилетие, здравната система в Гърция се нуждае от една цялостна здравна реформа с по-ясно очертани приоритети и отговорности на на всички нива на здравната система.

Използвана литература:

1. Пасхалидис, К. Върху необходимостта от обществена оценка на здравната реформа. – Автореферат, София, 2003, 46 с.
2. Apostolos, D. Health Care Systems in the Balkans. In: Health Care Reforms, Trends and Issues. National School of Public Health, Athens, Vol.1, 45-63.
3. Borissov, V. V. Rathwell, 1995, Health care reforms in Bulgaria: an initial appraisal. Social Science and Medicine, 42, pp. 1501-1510.
4. Dolgeras, A. Health Care Systems in the Balkans. In: Health Care Reforms - Trends and Issues, National School of Public Health, Athens, vol. 1, 45-53.
5. Doyal, L. Needs, rights and equity: moral quality in healthcare rationing. - Quality in Health Care, 1995, 4, 243-283.
6. Health Care Reform, Trends and Issues. - Balkan Public Health Care Series. National School of Public Health, Athens.
7. Kyriopoulos, J., J. Levett. Health Care Reform in Greece. In: Neighbours in the Balkans - Initiating a Dialogue for Health. Ed. A. Ritsatakis, J. Levett, J. Kyriopoulos, WHO, 1999, p. 56-60.
8. Neighbours in the Balkans - Initiating a Dialogue for Health. Ed. A. Ritsatakis, J. Levett, J. Kyriopoulos, WHO, 1999, p.158.
9. Tsalikis, G., J. Kyriopoulos. The Health of the Markets and the Health of the Nations. Health Trends in the European Union and in the Balkan Region. In: Health Care Reforms - Trends and Issues, National School of Public Health, Athens, vol. 1, 17-45.
10. Tragakes, E. Health Care Reform in Countries of the Balkans. - In: Neighbours in the Balkans - Initiating a Dialogue for Health. Ed. A. Ritsatakis, J. Levett, J. Kyriopoulos, WHO, 1999, p. 24-45.
11. WHO, (1996), "New Challenges for Public Health", Geneva, WHO/HRH, 96,4.

Адрес за кореспонденция:

Konstantinos Paschalidis
Seres, Greece
www.paschalidis.gr
Tel. 2321037208