

КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

доц. д-р Евгения Делчева*

Традиционният поглед към здравеопазването като важен сектор в националната икономика акцентира върху ролята му върху заетостта и потреблението на голям дял от финансовите, технологичните и капиталовите ресурси на обществото, фирмите и индивидите. Настоящата студия се фокусира върху друг по-съществен аспект на икономическата роля на здравния отрасъл, а именно *външните обществени изгоди* за икономиката, икономическия растеж и националната конкурентоспособност, произтичащи от основната *социална функция* на отрасъла – да опазва, възстановява и укрепва здравето на населението, да прибавя години към живота с добро качество.

Целта на изследването е да се анализира в теоретичен и емпиричен план конкурентоспособността на здравеопазването в България чрез конструиране и апробиране на *индекс на конкурентоспособността* спрямо ЕС. Изхожда се от тезата, че конкурентоспособността на здравеопазването е двигател за по-ефективно и устойчиво развитие на отрасъла и важен фактор за развитието на човешкия капитал и повишаването на националната конкурентоспособност.

Целта се постига чрез изпълнението на следните задачи:

- Въведение в категориалния апарат, необходим за изследването
- Изследване на теоретични и емпирични доказателства за основните връзки и канали на влияние на здравето и здравеопазването върху икономиката и националната конкурентоспособност
- Анализ на различни подходи за оценка на националната и отрасловата конкурентоспособност, при които се прилагат здравни индикатори
- Теоретичен модел за измерване на конкурентоспособността на здравеопазването
- Сравнителен анализ на стойностите на отделни здравни индикатори (България/ЕС) за периода 2000 – последна налична година
- Емпиричен модел на индекс на конкурентоспособността на здравеопазването спрямо ЕС
- Обобщения и изводи

I. ПРИНОСЪТ НА ЗДРАВЕТО И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ЗА НАЦИОНАЛНАТА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТ

1.1. Релации: здраве – здравеопазване – икономика

Преди да се изследва конкурентоспособността на българския здравен сектор е необходимо да се изяснят основните връзки и зависимости между здраве, здравеопазване и икономика.

* Катедра „Икономика и управление на социално-културните дейности“ тел.: 0887/833-183; e-mail: evgenia2@abv.bg

“Здраве” е сложна и многопластова категория. През 1961 г. Световната здравна организация (СЗО) определя здравето като: “Състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на заболяване или недъг”(9). В тази почти утопична дефиниция се изтъква *позитивната страна на здравето* (здравето и на здравите, а не само на болните), както и *трите аспекта на здравето* – физическа страна (соматично здраве), душевна страна (психично здраве) и обществена (социална) страна. Докато физическото и психичното здраве се считат за конвенционален пълнеж на понятието, то социалният аспект е по-неразбираем и трудно постижим критерий за добро здраве. Социалната страна на здравето на човека зависи от обществените отношения, в които се включва индивидът, от неговата социална среда. Социалното благополучие се свързва с такива компоненти на здравето, които дават възможност на индивида да учи, да работи и да участва в обществения живот, да има дом и семейство. Ненапрасно бедността и безработицата се считат за важни социални детерминанти и рискове за здравето. Именно чрез *социалната страна на здравето се разкрива двупосочната връзка между икономика и здраве*.

Човешкото здраве зависи от сложен комплекс от *ендогенни* (вътрешни), *екзогенни* (външни) и *етогенни* (поведенски) *фактори*. Например наследствеността и собственият биологичен потенциал на индивида обуславят или влияят върху възникването и развитието на редица болести и състояния. Екзогенните фактори, от своя страна, се подразделят на екологични (свързани със състоянието и промените в околната среда) и социални (например система на здравеопазване, образование, работа, доход, семейство). Известно е, че при много от здравните проблеми делът на здравната система за генериране на здравни подобрения (например намаляване на смъртността) е не повече от 15-20%, но всяка високоорганизирана държава инвестира значителни ресурси в системата на здравеопазване, която се е формирала като отрасъл през последните сто години.

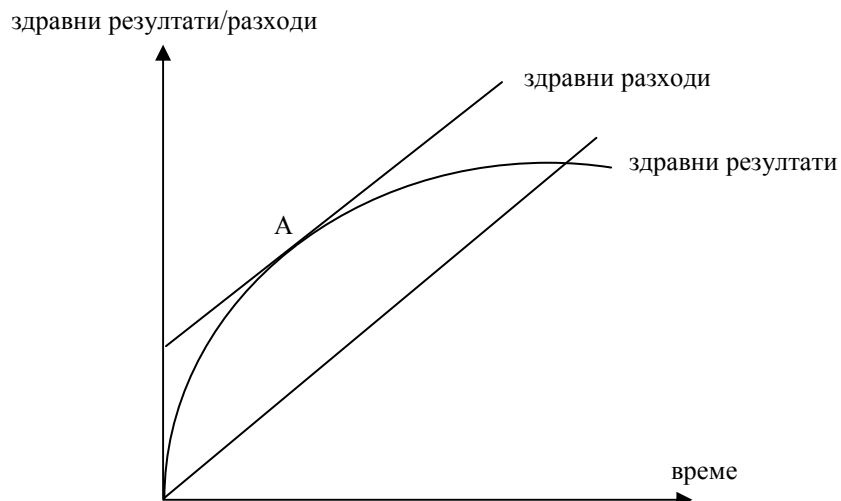
Здравеопазването представлява система от медицински и немедицински, научни и приложни дейности, организирани в обществото за оптимизиране на количествените и качествените аспекти на възпроизводството на хората (9). Или това е отрасълът, който произвежда здравни услуги и резултати главно във вид на *здравни подобрения*, задоволява фундаментални потребности на хората за тяхното количествено и качествено възпроизводство и по този начин влияе и върху другите две сфери – на материалното и на духовното производство, осигурявайки основния производствен фактор – човека. Поради хетерогенния състав на факторите, обуславящи здравето и несигурността за позитивен изход от намесата на здравните професионалисти, не всички резултати от здравните услуги представляват здравни подобрения, но това са предпочитаните и доминиращите видове резултати.

Здравеопазването се счита за социална дейност (например вж. Икономически доклад на президента – 2007, 7) и е част от отрасловата класификация на националното стопанство според НСИ (обикновено в пакет със социалните дейности). В разсъжденията на проф. П. Лулански (8, 12-20), здравеопазването се отнася към дейностите на “социокултурния процес” (или “неикономика”, или “социокултурно производство”), който цели създаване на социокултурни блага във вид на услуги и материални продукти за развитие на човешкия капитал. Основанията за подобен възглед се базират на социал-

ните функции на отрасъла, организиран от обществото за възпроизводството на здравни услуги и здравни подобрения, за задоволяване на потребности от физическо, психично и социално здраве. Икономическите критерии (например печалба, производство на БВП или икономическа възвръщаемост) са в подчинено положение спрямо основните цели на системата. От тук съвсем не следва, че тази сфера е чужда на икономиката. Съвременната икономическа теория и особено развитието на “младите” икономически науки – на околната среда, на града, на здравеопазването, на образованието, културата, на развлеченията са доказателство за разширяването и прилагането на икономическите възгледи спрямо неикономически дейности.

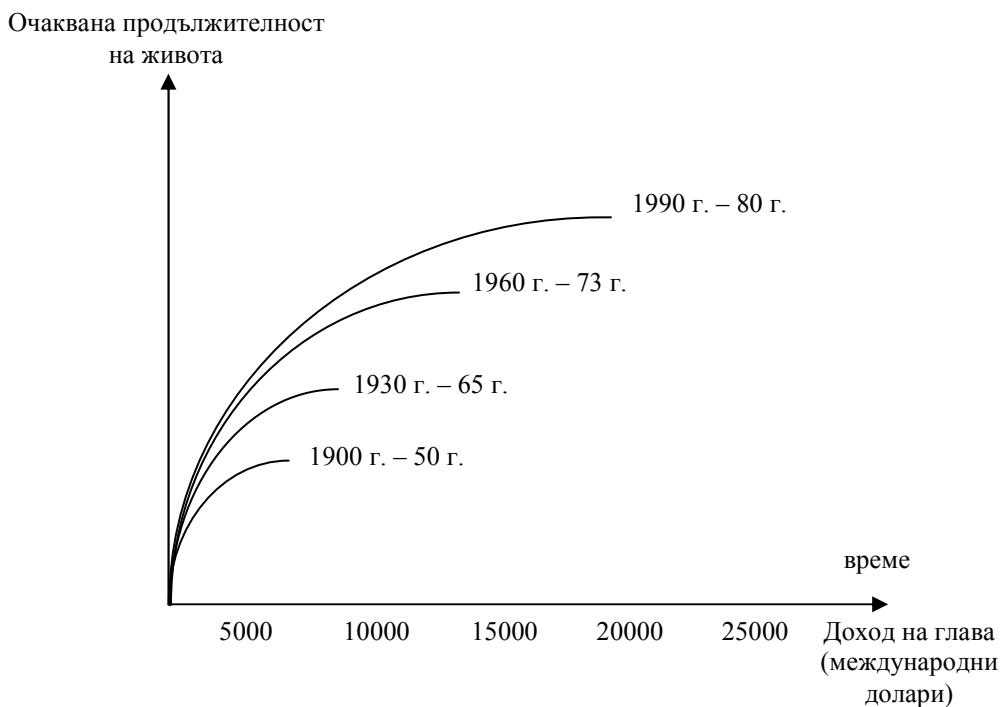
Подобна трактовка се среща и в по-новите фундаментални книги на проф. Д. Филипов, посветени на социалната икономика (11, 26; 10, 127-129). В тях той привежда теоретични аргументи за разширеното разбиране на икономиката, включващо и неикономически дейности като образование, здравеопазване, култура, медии. Нещо повече, неикономическите фактори за развитие на обществото се оценяват като по-съществени за цивилизационния процес.

Конвенционалният поглед на икономиста към една неикономическа сфера като здравеопазването се спира главно върху приложението на микроикономическия анализ (позитивен или нормативен). Неокласическият икономически възглед за намаляващата пределна полезност от вложените ресурси се потвърждава и в здравеопазването. Повечето емпирични проучвания доказват намаляващата пределна полезност (дименсия на полезността от здравните услуги са здравните резултати - дълговидната крива на фигура 1) от вложените ресурси (при по-висок доход на глава се влагат и повече ресурси за здраве). В същото време здравните разходи в развитите страни продължават да нарастват, като достигат 13-14% от БВП (напр. САЩ). Ако правата на разходите (приемаме условно, че е права) пренесем чрез успоредна линия (допирателна) като бюджетно ограничение спрямо кривата на резултатите, следва, че икономическият анализ дава отговор за местоположението на точката А, в която се използват ефективно здравните ресурси.



фиг. 1. Ефективно използване на ресурсите в здравеопазването

На фиг. 2 се вижда зависимостта на един от основните показатели за здравни резултати – очакваната продължителност на живота от дохода на глава от населението (напр. БВП на човек), което илюстрира зависимостта на здравето от икономическия растеж. Наблюдава се общо нарастване на продължителността на живота от 1900 година до 2000 г. с около 30 години в резултат на развитието на технологиите, медицинската наука, здравеопазването и подобренията в начина на живот, както и намаляващата пределна полезност на общите икономически ресурси.



фиг. 2. Зависимост между очакваната продължителност на живота и дохода на глава от населението в избрани страни

Източник: Investing in health , Development Report , World bank, 2003, p.36

Илюстрираните зависимости доказват традиционната страна на връзката между икономика и здраве – зависимостта на здравните резултати от развитието на икономиката. Тази връзка обаче съвсем не е едномерна и не бива да се абсолютизира, тъй като икономическата среда и богатството на обществото не са единствената детерминанта на здравето, което зависи и от ендемични, етогенни и други екзогенни фактори. Например един друг измерител на здравето – стандартизирана смъртност от злокачествени новообразувания, не показва ясна зависимост от вложените здравни разходи (24, 131).

В по-нататъшното изложение ще се анализира обратната връзка на въздействие на здравето и здравеопазването върху икономиката и икономическия растеж.

1.2. ТЕОРЕТИЧНИ ВЪЗГЛЕДИ И ЕМПИРИЧНИ ДОКАЗАТЕЛСТВА

В процеса на историческо развитие на икономическата теория се натрупват все повече теоретични и емпирични аргументи, доказващи ролята на здравето и на здравеопазването като фактори за конкурентоспособност и икономически растеж.

Конкурентоспособност и икономически растеж

Понятието конкурентоспособност обикновено се свързва със способността на фирмата, отрасъла или националната икономика да реализира пазарни предимства пред конкурентите на базата на разходите и цените, качеството на продуктите, производителността, геоположението, привързаността на клиентите, обслужваните пазари, мениджмънта и т.н. Според М. Портър конкурентоспособността на икономиката се идентифицира с националната производителност, която пък зависи от 4 основни детерминанти: факторни условия; условия на търсенето; свързани и подкрепящи индустрии; фирмени стратегии, фирмена структура и съперничество (5). В други концепции конкурентоспособността обуславя също просперираща икономика, като се детерминира от по-голям брой фактори: данъци и регулация; икономическа и технологична инфраструктура; предприемачество и иновации; образование и обучение; цени и разходи; предлагане на труд; видове бизнес; производителност на труда (5).

В част от различните методологии и методики за измерване на конкурентоспособността се включват и здравето и здравната инфраструктура като фактори за конкурентоспособност (те ще бъдат обект на разглеждане по-нататък).

Устойчивият икономически растеж е краен резултат от конкурентоспособността във всички трактовки. Следователно проучването на връзките между здраве/здравеопазване и икономически растеж е изследване на зависимостите между здраве/здравеопазване и конкурентоспособност. Само конкурентоспособни здраве и здравеопазване са в състояние да допринесат за националната конкурентоспособност и за икономическия растеж.

Здраве и икономически растеж

Здравето е категория, неразривно свързана с човешкия фактор за икономическо възпроизводство. Връзката на здравето със силата на населението или “енергичност” – “физическа, умствена и нравствена” (по думите на А. Маршал), определя производителността на труда, от които зависи и материалното богатство на обществото. От друга страна, главното значение на материалното богатство (при разумно използване) е да се увеличава здравето и силата на рода човешки. Близостта на тези два феномена – здраве и сила, се поражда и от еднаквостта на факторите, които им въздействат. Като такива Маршал определя: климат; първични жизнени средства като храна, облекло, жилище, отопление; почивка; оптимизъм, свобода и промяна в начина на живот; професия; градски начин на живот (13, 268-280). На този етап (края на 19 в.) здравеопазването слабо присъства в набора от фактори, влияещи

върху човешкото здраве и от там върху икономиката на страната. По-късно, с институционалното развитие на здравните служби и медицинските технологии, се засилва възможността здравето да оказва по-интензивно въздействие върху икономиката чрез поддържаната и възстановената работна сила.

След 30-те години на XX в. се формира и развива теорията за ефективното управление на човешкия фактор. Икономическата теория следва управленската теория, като се обосновава *неокласическият възглед за "човешкия капитал"*. В теорията, създадена от G. Becker през 1964 г., за първи път се включва здравето (освен образованието) като индуциращо запаси от човешки капитал (15). В нея се акцентира главно върху икономическата възвръщаемост на образованието, но в по-нови трудове на Becker се използват специфични здравни индикатори при изследване на връзката на човешкия капитал с икономическия растеж (16). Според теорията на Becker инвестициите в човешки капитал увеличават индивидуалната производителност на труда, изразена в производството на пазарни и непазарни блага. Същността на тази теория е да измерва икономическия принос на образованието и здравето чрез продуктивността на работната сила и количеството на произведения продукт. Образованието се счита за слагаема, увеличаваща обема на човешкия капитал, а здравето – за фактор, разширяващ срока на използване на капитала.

Най-голямо развитие на икономическата функция на здравето намираме в модела на M. Grossman (1972), основан на възгледите на Becker. Grossman разграничава здравето като потребителско и инвестиционно благо. Като потребителско благо то се включва във функцията на потребителската полезност на индивида, а като инвестиционно благо здравето намалява броя на дните, загубени поради болест и смърт и увеличава дните за производство на пазарни и непазарни блага в работното и свободното време (25, 26). Въпреки многобройните критики за ограниченост на модела на Grossman, неговата роля за приноса на здравето към икономиката и за модернизирани на икономическите разбирания за здравеопазването е безспорна.

В по-новите разбирания за ролята на човешкия фактор за икономическия растеж се отчита ефектът на здравето върху качеството на живота. В докладите на Римския клуб прозвучава скептицизъм по отношение на ограничения количествен подход за измерване на икономическия растеж. От края на 80-те години по методика на ООН здравето се включва като един от фундаменталните измерители на индекса на човешкото развитие. Също така то (чрез показателя "продължителност на живота") се приема като една от най-съществените слагаеми на качеството на живота. Международната стратегия "Здраве за всички", в която участва и България, отговаря във висока степен на тези по-нови разбирания, които разшириха понятието "икономика" в аспектите на човешкото развитие и качеството на живота (34).

Аналогично на образованието, което в съвременните концепции (5,15,22) се разглежда като ресурс, здравето също може да се изведе като такъв. То няма материален субстрат (но същото важи и за образованието, организацията, предприемачеството) и е неделимо от човека, като определя количеството и функционалните характеристики на работната му сила. В качеството си на ресурс можем да приемем следната схема на действие на здравето върху класическия производствен процес –

пряко чрез неразделната връзка с човешкия фактор (работната сила), и косвено – чрез произведените материални и нематериални блага.

**ДОБРО ЗДРАВЕ → работна сила + други производствени фактори →
произведени материални и нематериални блага**

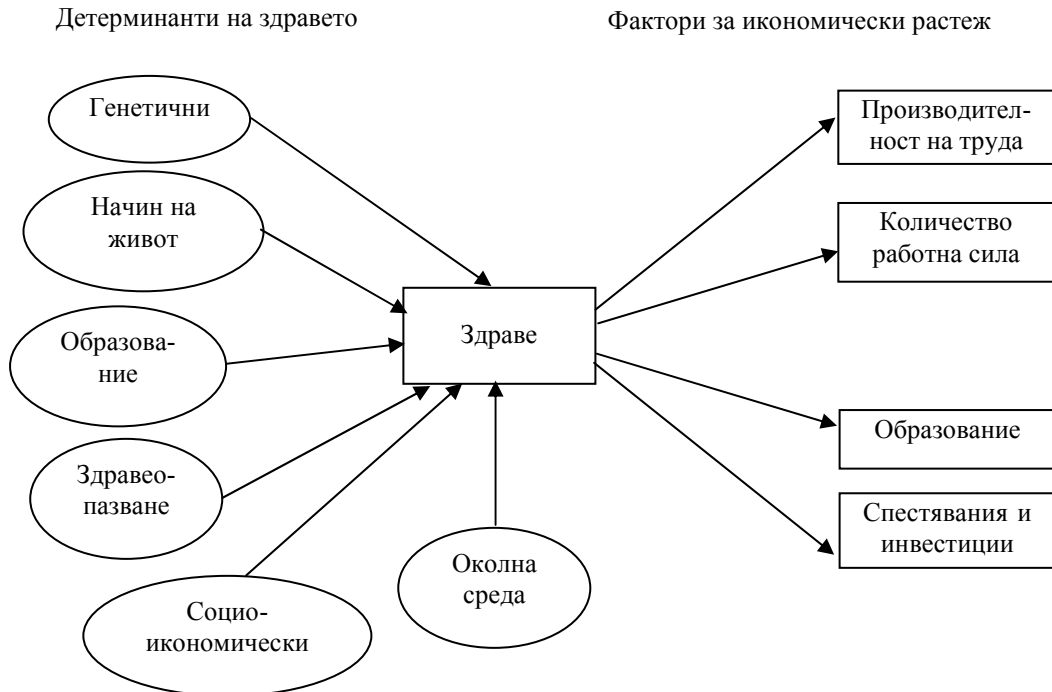
Освен за производствения процес, здравето може да допринесе и за генерирането на неикономически материални и нематериални блага, наречени от М. Grossman “фундаментални” в рамките на производствената функция на домакинството.

**ДОБРО ЗДРАВЕ + закупени пазарни блага → домакинство →
произведени фундаментални блага (развлечения, отдих, любов и т.н.)**

В изследванията върху приноса на здравето за икономическия растеж най-често се използват два основни подхода – *анализ на производствената функция* на здравето и *регресионен анализ* (33). Един от най-ярките и авторитетни примери за приложение на агрегирана методология, базирана на производствената функция на здравето, е проучването на екип на Световната банка, доказващо значителен икономически ефект на здравето (23). В няколко по-нови проучвания се прилага подобна, но разширена методология привеждаща аргументи, че здравето е позитивен и статистически значим фактор за икономическия растеж в повечето страни (Barro - 1996; Bloom, Canning - 2000 и др. – цитирани по 33). Подходът на регресионния анализ се прилага също много широко (напр. Barro, Sala-I-Martin-1995; Gallup, Sachs-2000) и е по-убедителен в теоретично отношение от микроикономическия подход на производствената функция на фирмата.

В последните години започва прилагането на *нов подход “социално благосъстояние”*, при който се търсят въздействията на здравето не толкова върху производството на икономически продукт, колкото за максимизиране на социалното благосъстояние, измерено чрез “пълния доход” (освен експлицитни компоненти, той включва и имплицитни такива като социални изгоди, спестено работно и свободно време и др.). Повечето от изследователите в тази посока (Nordhause-2004, Miller-2000, McKee et al.-2004, цитирани по 30, 33) доказват, че социалната продуктивност на здравето е няколко пъти по-голяма от чисто икономическата (измерена чрез растежа на БВП).

Начините (каналите) за въздействие на здравето върху икономическия растеж, а следователно и върху конкурентоспособността, най-често се свеждат до два – чрез производителността на труда и пазара на труда (предлагането на работна сила) (22, 116). М. Schuppe разширява каналите на въздействие, включвайки освен производителността на труда и образованието, както и инвестициите във физически капитал (32, 30), но подчертава, че все още няма ясна методология за оценка на приноса на здравето към икономическия растеж. Други автори, чието разбиране подкрепяме, представят в още по-широк аспект основните канали на влияние на здравето върху икономическия растеж (вж. фиг.3).



Фиг.3. Канали за влияние на здравето върху икономическия растеж

Източник: Suhrcke M. et al, The Contribution of health to the economy in the European Union, EC, 2005, p.21

Въздействието на здравето върху производителността на труда преминава през връзките му с работното време и енергичността (работотоспособността на работника). В модела на Grossman се отбелязва връзката между здравето, работното време и дохода (заплатата) на работещия. Състоянието на добро здраве осигурява по-висока производителност и доход в сравнение с влошеното здраве. Luft (1975) доказва, че лошото здраве води до загуби от 6,2% на дохода, а следователно и на производителността на труда. Други емпирични и иконометрични изследвания за САЩ разкриват, че влошеното здраве намалява дохода на работещите с 20 до 30% (Bartel and Taubman-1979; Chirikos and Nestel - 1985).

Влиянието на здравето върху количеството на работната сила, от една страна, се свързва с раждаемостта (обулавяща нарастване на количеството на бъдещата работна сила) и удължаване на трудовия живот на човека (например по-късно пенсиониране или включване в трудова активност и след пенсионна възраст) (33, 44-51). Връзката обаче между количеството физически годна работна сила и икономическия растеж не е праволинейна, а се пречупва през призмата на образованието. В едно от класическите проучвания на икономическия принос на здравето – на Selma Mushkin-1962 (29), се изчислява, че в резултат на подобрене в продължителността

на живота в САЩ от 1900 до 1960 г. при трудоспособното население се постига ефект от 13 милиона души, което в стойностен вид се определя като икономическа изгода от 60 млрд. щ. долара. Очакваната продължителност на живота при раждане влияе във висока степен (коефициентът на корелация е 0,71) върху БВП. Според Комисията по макроикономика и здраве (независима експертна група начело с проф. Джефри Сакс към СЗО), 10% нарастване на продължителността на живота в развитите страни води до повишаване на икономическия растеж най-малко с 0,3 – 0,4 процентни пункта на БВП за година (33). Според друго проучване 11% от икономическия растеж се дължи на здравни подобрения (измерени чрез преживяемостта на мъжете на възраст между 16 и 60 години (24, 115).

От друга страна, здравето влияе върху *отсъствията от работа* поради болест, инвалидност и преждевременна смърт. Например само поради трудови злополуки в развитите европейски страни се губят средно 7,3 работни дни на един работник (33, 44). Отсъствията от работа поради временна и трайна неработоспособност генерират не само преки медицински разходи, но и социални разходи за осигурителните институции и работодателите. Белгия е изразходила 2,8 млрд евро за временна неработоспособност през 1995 г. поради трудови инциденти, а Германия над 30,6 млрд евро през 1993 г. за отсъствия от работа поради болест. Редукцията на временната и трайната неработоспособност допринася значително за алтернативното изразходване на социалните ресурси в други държавни приоритети.

Не липсват и обратни резултати, сочещи *негативно влияние* на някои здравни показатели върху икономиката и икономическия растеж в развитите страни. Този отрицателен ефект се дължи на растящите здравни разходи при удължаване на продължителността на живота и нарастващите разходи на пенсионните фондове (33).

Връзката на здравето с образованието е двустранна, като в по-ранните проучвания се изследва ролята на образованието върху здравето. Например в модела на Grossman-1972 се показва, че образованието увеличава ефективността на производството на здраве. В контекста на икономическия растеж обратното влияние – от здравето към образованието, се обяснява с намаляване на отсъствието от училище на по-здравите деца, както и с възможността на здравия индивид да участва пълноценно в различни форми на образователна активност, включително и през целия си активен живот. В по-нови изследвания, например на Freedman, Martin-1999, се разкрива значимо ниво на корелация между здравето на лицата в активен трудов живот и образованието. Реггу-1984 доказва, че учениците с “лошо здраве” в САЩ учат 2,4 години по-малко от здравите деца.

Четвъртият канал на влияние на здравето върху икономическия растеж – *спестявания и инвестиции*, действа чрез връзката между продължителността на активния трудов живот (на човек в добро здраве), спестените медицински разходи на здравия човек и склонността към спестявания, която пък позволява да се инвестират спестените пари, включително и в производителни начинания. Научната емпирична литература е със значително по-скромни резултати за доказателства в тази посока.

Въпреки очевидния напредък в проучванията за приноса на здравето към конкурентоспособността и икономическия растеж, не липсват и скептични мнения. Спо-

ред американския здравен икономист Nordhouse от Йеил “ние драматично не дооценяваме приноса на подобренията в здравето и здравеопазването за икономическото благосъстояние” (30).

Здравеопазване и икономически растеж

Здравният сектор влияе върху икономическия растеж преди всичко *чрез основните резултати от своето функциониране – здравните подобрения*. В предходната част бяха разгледани редица емпирични доказателства в тази посока.

Освен горепосоченото направление на влияние на здравната система (чрез здравето) върху икономиката и икономическия растеж, широко се прилага т.н. “*счетоводен подход*”, отчитащ *директното въздействие на редица параметри на сектора здравеопазване* (произведен продукт, заети лица, отработени човечески часове, трудови разходи, публични здравни разходи, инвестиции в медицински технологии и т.н.). Например здравният сектор в ЕС-15 средно *произвежда 7% от БВП*, което е по-голям дял от този на финансовия сектор. *Заетостта* в отрасъла (заедно със социалните дейности) достига 8,8% в ЕС-15 и 9,3% в ЕС-25 в края на 2003 г. (33, 68). Например наетият персонал в здравеопазване и социални дейности нараства в САЩ с 3,9% от 1979 до 1990 г., а след 1995 г. – с 1,9% на година, а в ЕС-15 – съответно с 2,7% и с 1,7% за същите периоди (22, 138). Растежът на количеството на отработените часове в сектора изпреварва ръста на наетия персонал в САЩ, но е по-слаб в ЕС, в който са задействани директиви за труд и почивка в здравеопазването.

Здравеопазването и свързаните с него дейности (като здравното осигуряване) въздействат върху *пазара на труда* – например задължителните здравни осигуровки на работодателите увеличават себестойността на продукцията и снижават конкурентоспособността; стабилната здравна осигуреност е фактор за конкуренция между фирмите за привличане на квалифицирани работници, както и фактор за мобилност на трудовите ресурси в рамките на един глобален пазар. Особено силна е *връзката между здравните разходи и общите публични разходи* (обикновено е позитивна). Например на всяка единица вложени разходи в публични здравни програми за ограничаване на тютюнопушенето се спестяват 2 единици от предотвратени бъдещи разходи на държавата (33, 83), които спестявания могат да се инвестират по-производително. В много от развитите страни дефицитите в здравеопазването влошават макроикономическата стабилност.

Здравеопазването оказва съществено влияние и върху *инвестициите* във високи технологии и здравно строителство. С високи темпове нарастват капиталовите инвестиции в сгради (между 6,90% и 4,37% за 1979-2001), оборудване (между 5,69% и 9,29%), компютри и софтуер (между 0,12 и 0,34%) в здравеопазването в САЩ. В страни като Франция, Германия и Холандия темповете на инвестиции в медицинско оборудване варират между 3 и 9% ежегодно (22, 142). Важен ефект на влияние на здравеопазването е действието му като *акселератор на свързани сектори* като фармацевтична индустрия, медицински технологии, здравно осигуряване и т.н. Например фармацевтичното производство е структуроопределящ високотехнологичен отрасъл за Германия, Франция, САЩ, Швейцария.

Обобщение

Може да се обобщи, че здравето и здравеопазването влияят върху икономическия растеж в количествено и качествено отношение, позитивно и негативно. Например основните *позитивни ефекти* (изгоди) за икономическия растеж включват:

- ⇒ Нарастване на количеството на настоящата и бъдещата работна сила вследствие на повишаване на заетостта в здравеопазването, намаляване на случаите на преждевременна смърт, инвалидност и временна неработоспособност, висока раждаемост и предотвратена детска смъртност и заболяемост;
- ⇒ Инвестициите в здравеопазването активизират икономиката на свързани отрасли, някои от които могат да бъдат структуроопределящи – например фармацевтичната индустрия;
- ⇒ Спестяване на бъдещи разходи на обществото (индивид, фирми, институции, държава) за лечение на предотвратими болести;
- ⇒ Увеличаване на свободното време за почивка и възстановяване на работоспособността;
- ⇒ Нарастване на производителността на труда чрез удължаване на творческия потенциал и увеличение на работоспособността на човека;
- ⇒ Увеличаване на времето и способността за участие в образователния процес (напр. чрез намаляване на отсъствията на учениците от училище, активност в образователни дейности), който е признат за генератор на икономически растеж;
- ⇒ Нарастване на спестяванията и инвестициите при удължаване на активния трудов живот и по-късно пенсиониране.

Ефектите на здравето и здравеопазването върху икономическия растеж могат да бъдат не само положителни, но и с *негативен знак*. Икономическото бреме на заболяванията и застаряването на населението (съдържащо освен преки медицински разходи и разходи на семействата, на осигурителни институции, на работодатели, загуби на държавата от непроизведен продукт, стойност на неосезаемите разходи и т.н.) се оценяват като многократно надвишаващи дела на здравните разходи от БВП.

1.3. ЗДРАВЕТО КАТО ФАКТОР ЗА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТТА НА ЕС

В договора на ЕС се изисква страните членки да осигурят високо ниво на здравна защита на гражданите си и включването на тази цел във всички политики на общността. Здравното законодателство, отнасящо се до организацията, управлението и финансирането, не подлежи на хармонизиране в ЕС на досегашния етап. Системите на здравеопазването са отговорност на страните членки. Всяка страна решава как да управлява и организира своята здравна система, колко пари да отделя за здраве и как да ги разпределя, кои лекарства да реимбурсира и кои медицински технологии да използва. ЕС може да подпомогне отделните страни при неуспешни политики и да допълва националните политики за подобряване на общественото здраве, предотвратяване на болестите и разкриване на рисковете и заплахите за здравето, за да се получи синергиен ефект.

Много експерти признават, че в договора липсва ясна концепция за единна здравна политика, което се компенсира по пътя на последващи препоръки, отнасящи се до здравеопазването. През 1992 г. в Препоръка на Съвета се изисква от страните членки да поддържат и когато е необходимо да разработват *висококачествени системи, ориентирани към развиващите се здравни потребности* и особено свързаните с остаряването на населението, заболявания и профилактика. През 1999 г. *здравеопазването е идентифицирано от Съвета като една от четирите области за социална защита*, където е необходимо по-тясно сътрудничество.

Малко по-късно – на заседания на ЕС в Лисабон и Гьотеборг, се изтъква потребността от реформа и адаптация на системите на социална защита, вкл. и за здравеопазването, за да се гарантира социална кохезия и да се посрещнат предизвикателствата на демографското остаряване. В приетата през март 2000 г. Лисабонска стратегия за превръщането на ЕС в най-конкурентоспособната, динамична и основана на знанието икономика в света, способна на устойчив икономически растеж с повече и по-добри работни места и по-голяма социална еднородност, се предвижда модернизация на европейския социален модел чрез инвестиции в хората, мобилизиране на повече трудови ресурси, укрепване на социалната защита и социално включване, вкл. чрез осигуряването на качествени здравни услуги.

Нов акцент в движението за единна здравна политика е *възприемането на инвестициите в здравеопазването като фактор за икономически растеж и конкурентоспособност*. “Европа се нуждае от смяна на парадигмата да гледа на здравните разходи като на разходи вместо на здравната политика като инвестиция.”, казва комисарят David Byrne (20). В редица други изяви Вурне подчертава, че здравето е “двигател” на икономическия растеж, устойчивото развитие и подобряването на качеството на живота в ЕС (18,19).

От друга страна, болестите са тежко икономическо бреме. 50% от разликите в икономическия растеж между бедните и богатите страни се дължат на разликите в здравето и продължителността на живота. Европа страда най-вече от превантивни болести, свързани с начина на живот – тютюнопушене, наднормено тегло. Всеки 10% от загубените години живот с дееспособност се дължат на лошо хранене (4,5%), затлъстяване (3,5%) и обездвижване (1,4%). В Европа се изразходват 100 млрд евро (загуби от преки и косвени разходи) за респираторни заболявания и 135 млрд за сърдечно-съдови, включващи 8 милиона загубени години живот с дееспособност. Стойността на психичното здраве се оценява около 3-4% от БВП. Тютюнопушенето причинява икономически загуби не само на пушачите и техните семейства, но и на цялото общество. По оценка на Световната банка загубите през 2000 г., формирани от медицинските разходи, загубите от временната и трайна нетрудоспособност, загубеното работно време и произведена продукция от заболявания, свързани с употребата на тютюневи изделия, възлизат на 200 млрд. щатски долара (23). Общо Европа губи 500 милиона работни дни всяка година от трудови здравни проблеми (20).

Освен това здравният сектор е генератор на научен и технологичен прогрес (500 000 души работят в здравно-технологични производства). 20 млрд. евро се ин-

вестират в иновации. Също така здравеопазването ангажира 10% от активното население и е един от големите трудоемки сектори (20).

В отговор на тези нови аргументи за *икономическата значимост на инвестициите в здравеопазването* Европейската комисия *интегрира здравето* (в субпоказателя “връщане към трудов живот” в критерия “социално включване”) в *Лисабонската стратегия като източник за конкурентоспособност и устойчиво развитие* (27).

В препоръките за ревизиране на Лисабонската стратегия от март 2004 г. се подчертава, че *европейският икономически и социален модел съчетава и балансира ролята на държавата и пазара*, като осигурява сравнително високо данъчно облагане (в сравнение със САЩ и други страни членки на ОИСР), *универсални публични услуги като здравеопазване и образование*, пълно и щедро социално осигуряване при макроикономическа стабилност на фискалната и паричната политика. (35, 10).

По поръчка на Общия директорат “Здраве и потребителска защита” към Европейската комисия през 2005 г. е публикуван пространен литературен обзор на тема “Приносът на здравето към икономиката на ЕС”(33). Нараства интересът на авторите към темата за здравето като фактор за богатство в известни европейски научни списания (28, 31 и др.).

1.4. ЗДРАВЕТО ПРИ ИЗМЕРВАНЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТ

От 2001 г. Глобалният икономически форум в Давос използва специален измерител за макроикономическата конкурентоспособност – The Growth Competitiveness Index (GCI), който е създаден от Джефри Сакс и Джон Макартър за сравнителна оценка на конкурентоспособността на различни страни. Методиката и измерителният инструментариум се подобряват всяка година. В първите разработки не фигурират показатели за здравето, докато в доклада за 2006-2007 г. (24) вече е включен самостоятелен панел 4 “Здраве и начално образование”, съдържащ 8 показателя за здраве:

- ⇒ Средносрочно влияние върху бизнеса на маларията
- ⇒ Средносрочно влияние върху бизнеса на туберкулозата
- ⇒ Средносрочно влияние върху бизнеса на НИВ/СПИН
- ⇒ Детска смъртност
- ⇒ Очаквана продължителност на живота
- ⇒ Разпространение на туберкулоза
- ⇒ Разпространение на малария
- ⇒ Разпространение на НИВ/СПИН

В тази класация България пада от 61-во на 72-ро място сред 125 страни и е по-назад от Румъния (68 място) и Турция (59 място) поради ниската ефективност на бизнеса, лошото качество на човешкия капитал, ниската степен на технологична осигуреност. По стойност на субиндекса на здравето и основното образование България заема относително добро място – 39-то място с 6,61 точки, което е малко по-добра от средната оценка за 10-те новоприсъединени страни – 6,54, като пред нас са само Словения, Полша и Малта. Тази добра оценка се дължи на ниската степен на разпространеност на инфекциозните болести – НИВ/СПИН и малария, както и на

доброто покритие с начално образование. Очакваната продължителност на живота, детската смъртност и разпространението на туберкулоза са с по-изоставащи стойности от другите страни членки на ЕС, но са с много по-добро ниво от тези в бившите съветски републики и развиващите се страни.

Другата авторитетна класация по конкурентоспособност, в която се съдържат показатели за здраве/здравеопазване, е Годишникът на Института за развитие на управлението (IMD) в Швейцария. Разработката за 2006 г. включва данни за 61 страни, между които за първи път е отнесена и България, заемаща 47-мо място (5). В най-новата класация за 2007 г., съдържаща данни за 55 страни по 323 критерия, България се придвижва по-напред – на 41-во място пред Италия (42), Русия (43) и Румъния (44). В методологията се отчитат показатели за макроикономическата ефективност, ефективност на правителството и бизнеса, наука и технологии и инфраструктура. Оценките за “здраве и околна среда” са инкорпорирани в субиндекса за инфраструктура. В частта за здраве се отчитат 9 показателя: общи здравни разходи, публични здравни разходи, здравна инфраструктура (дали е достатъчна за нуждите на населението), очаквана продължителност на живота при раждане, очаквана продължителност на живота в добро здраве, брой жители на 1 лекар/сестра, % на градското население, индекс на човешкото развитие и здравни проблеми (НИФ/СПИН, употреба на алкохол, наркотици и др.). За 2006 г. страната ни изостава по състоянието на здравето и здравната инфраструктура (54-то място). Здравето оказва определено влияние и върху показателя “качество на живота”, по който изоставането е още по-голямо – 57-мо място.

Определен напредък по отношение на общата позиция на индекса на човешко развитие и на нивото на отчетения здравен индикатор (очаквана продължителност на живота при раждане) се наблюдава в докладите за човешкото развитие. По индекса на човешко развитие страната ни се премества от 56-то място (данни за 2000 г.), на 54-то място (с данни за 2004 г.) и с подобрен здравен статус – по-висока очаквана продължителност на живота – от 70,9 години на 72,4 години (36,37,38). Все пак България изостава значително от средната продължителност на живота за групата страни с високо ниво на човешко развитие, която е 78 години.

В прегледа на изпълнението на Лисабонската стратегия от 2004 г. България е поставена на последно място по критерия за социално включване (3,07), съдържащ компонент “връщане на хората към активна трудова дейност”, който се влияе най-силно от здравето и системата на здравеопазване (35). В по-новия преглед на Лисабонската стратегия от 2006 г. (вж. в таблица 1) стойността на индикатора се влошава още повече и достига 2,87, като отново Румъния (3,62) и Турция (3,52) са пред България. В същия източник средната стойност за ЕС-10 е 4,09, а за ЕС-25 - 4,40 (17).

Много по-информативни са класациите, специално насочени към здравния сектор и здравето, но такава актуална информация не е в наличност. Последната разработка на СЗО е от 2000 г. и представя общ индекс за оценка на здравните системи на 191 страни (39). Индексът е изчислен за целите на Световния доклад за здравето и е сложно образувание от няколко вида показатели – за здраве и дистрибуцията на здраве между различни групи от населението, справедливост на системата за финансиране на здравеопазването, отговорност на системата на здравеопазване,

здравни разходи на глава от населението и оценка на дейността. България заема доста неблагоприятно място като единствено по показателя за здраве е на по-предни позиции (за което трябва да благодарим на устойчивата биология на българския народ). Особено ниски са оценките на отговорността на системата на здравеопазване и справедливостта на финансирането (поради големия дял на частните разходи за здраве). В сравнение със средната оценка за 10-те страни членки (предните страни, присъединили се към ЕС) ни делят 34 места.

Таблица 1

Общи и специфични класации по конкурентоспособност и човешко развитие, включващи здравни индикатори

Класации по конкурентоспособност и човешко развитие	Индекс/субиндекс, включващ здравето – средна оценка за 10-те страни членки на ЕС	Индекс/субиндекс, включващ здравето – оценка за България	Брой обхванати страни
Глобален икономически форум 2006-2007 (8 здравни индикатора)	6,54	6,61 – 39 място	125
Годишник по конкурентоспособност- 2006 (9 здравни индикатора)		54 –то място	61
Доклад за човешкото развитие - 2006 (индекс за очакваната прод. на живота)	0,83	0,79 -49-то място	177
Преглед на Лисабонската стратегия, 2006 (социално включване)	4,09	2,87 – 30-то място	31
Световен доклад за здравето - 2000	84,2	77,6 – 74 място	191

От изложения преглед, може да се анонсират няколко *извода*:

1. Здравето се включва през последните години в най-авторитетните класации и тенденцията е към обособяване на самостоятелен панел “Здраве”.
2. Здравните индикатори могат да окажат съществено влияние върху общия ранг и индекс за страната.
3. По-богата информация предлагат специфични класации за конкурентоспособността на здравния сектор в различни страни. Има нужда от въвеждане на подобни системни обобщени класации.
4. Необходимо е някои водещи показатели (като очаквана продължителност на живота и детска смъртност, публични здравни разходи на глава) да се включат в системата на национален мониторинг на конкурентоспособността.

5. Целесъобразно е в тази насока да се развият и повече работещи политики за подобряване на ефективността на здравеопазването като един от водещите фактори за развитието на човешкия капитал.

II. КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

2.1. Конкурентоспособност на здравеопазването в България

Под понятието *“конкурентоспособност на здравеопазването”* ще разбирате *способността на отрасъла да произвежда качествени, високо ефективни и достъпни здравни услуги, генериращи по-добри здравни резултати и осигуряващи национални предимства пред други страни*. Самото понятие конкурентоспособност е релативно на термина *“конкуренция”*, характеризиращ съществена страна на пазарните отношения. Известно е от теорията (14,21,22) и практиката на икономиката на здравеопазването, че здравният сектор се отличава с редица *особености*, които *ограничават действието на либералния пазар* и обуславят *необходимостта от държавна намеса* (регулация). Сред тях могат да се изтъкнат: *информационна асиметрия между търсене и предлагане; производство на чисти публични, смесени публични и достойни блага със значими екстернални ефекти, изискващи обществено финансиране; несигурност за появата на ползността; комплексност и технологична интегрираност на услугите; търсенето на здравни услуги е междинно и зависи от търсенето на здраве, но и на други блага (разкрояване, медицински документ, информация) и т.н*. В условията на здравно осигуряване възникват *значителни пазарни дефекти като морален риск, селекция на риска, отклоняване на риска, икономия от мащаба*. Ето защо в развитите страни има силно разгънат публичен сектор на здравеопазване и мащабно обществено финансиране, обуславящо солидарност, достъпност и защита на здравето на гражданите. От казаното до тук следва, че конкурентоспособността на здравеопазването не трябва да се обвързва само с пазарно организирани системи на здравеопазването, а ще се разбира в по-широк смисъл – *като присъща черта на цялата система на здравеопазване в дадена страна, независимо от нейната икономическа организация*.

В последните години Институтът за стратегия и конкурентоспособност към Харвардското бизнес училище въведе нов термин *“конкуренция за повече стойност”* (value-based competition – VBC) в здравния сектор. Това е позитивна концепция, насочена към по-висока здравна резултативност за потребителя (пациента), от която всички печелят – пациент, семейството му, работодателя, лечебното заведение, предоставило помощта, осигурителният фонд (40). В нея се прилагат следните *принципи*:

- ⇒ Фокус върху стойността (ценността) за пациента, а не толкова върху разходите;
- ⇒ Конкуренцията се основава на здравни резултати;
- ⇒ Конкуренцията се насочва към медицинските условия на целия цикъл от медицинска помощ;
- ⇒ Достъпност на висококачествената помощ;

- ⇒ Стойността да се създава от опита на лечебните заведения, мащабите на дейността им и изучаването на нивото на медицинските условия;
- ⇒ Конкуренцията трябва да е регионална и национална, а не само локална;
- ⇒ Информацията за резултатите от подкрепата на VBC да бъде широко разпространявана;
- ⇒ Иновациите, които увеличават стойността, да бъдат добре възнаграждавани.

Новите възгледи за здравословната конкуренция в здравния сектор навлизат все по-широко в американската и европейската практика и биха допринесли за *хуманизиране на отношенията* и в здравеопазването на България (където дежурните горещи проблеми винаги са липсата на пари и ограничаване на публичните разходи).

За разлика от скромното присъствие на здравето в глобалните макропоказатели за конкурентоспособност, в мезоикономически аспект (на отраслово ниво) може да се развие много *по-обогатена композиция от специфични индикатори*, подсигурени с международни данни. Микроикономическият разрез на конкурентоспособността (например на лечебното заведение) е анализиран теоретично от Ив. Чобанянева (12) и изследван сполучливо, чрез емпирично проучване за конкретна столична болница, от Ал. Вълков (1). В настоящото проучване не се предвижда анализ на микроикономическия аспект на конкурентоспособността, но апробираните индикатори на отраслово ниво позволяват детайлизиране и на локално ниво.

Условно се обособяват *два подхода* за оценка на конкурентоспособността на здравеопазването – *диференциран подход*, базиран на сравнителните оценки на отделни индикатори, характеризиращи определени черти на отрасловото предимство пред съответните отрасли в други страни. Обикновено в здравно-икономическата научна литература се прилага диференцираният подход, при който са оценени специфични за сектора здравеопазване индикатори – най-често за здравна мрежа, здравни разходи и някои резултативни показатели като продължителност на живота и смъртност. Подобен подход е използван от колектива, разработил Европейския доклад по конкурентоспособност, в който е отделена глава 3 “Функциониране на здравния сектор в ЕС”. В нея са изследвани следните основни макроиндикатори: общи здравни разходи (в % от БВП), публични здравни разходи (в % от общите здравни разходи), публични и частни здравни разходи на глава от населението (по ППС), очаквана продължителност на живота, стандартизирана смъртност по причина на основни заболявания, осигуреност с лекари и сестри, ръст на капиталовите разходи. За съжаление в ранжировките не е включена България. Подобен набор от индикатори се съдържа в годишните здравни доклади на СЗО, в Доклада за здравето, изготвен от МЗ през 2004 г., и в последния Икономически доклад за президента - 2007 “България: Социални предизвикателства и евроинтеграция”. Изследвания на определени аспекти на мястото на българския здравен сектор в ЕС са публикувани и в редица научни статии и други източници (2,3,4,28). Основен недостатък на диференцирания подход е липсата на обща картина и оценка за здравния сектор, на неговата ефективност и качество, на неговата способност да генерира конкурентни преимущества спрямо други страни.

Вторият условно разграничаван подход за оценка на конкурентоспособността ще се нарича *интегрален подход*, при който се доразвива диференцираният подход

и се изчислява общ индекс на конкурентоспособността на отрасъла (сектора). Той се прилага много рядко, като ярък пример за интегриран подход намираме в Световния доклад за здравето на СЗО от 2000 г. (39).

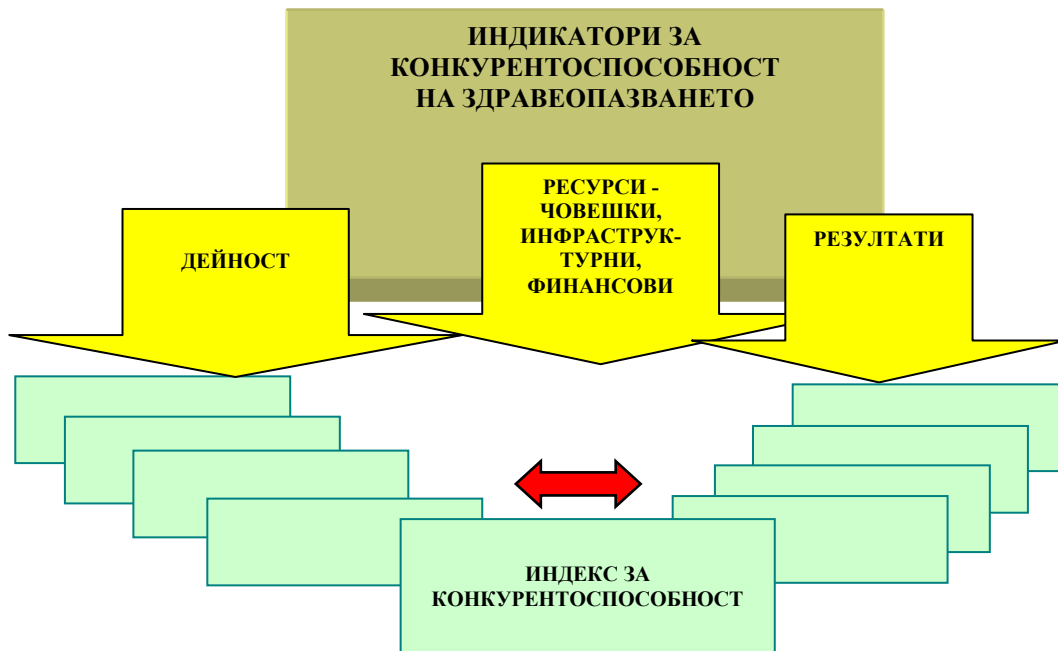
Приложеният тук инструментариум за измерване на отделните страни на конкурентоспособността на българския здравен сектор предвижда *индикатори, следващи възпроизводствения процес* на здравната услуга: *ресурси, здравна дейност и резултати*. В качеството на ресурси отчитаме не само традиционно използваните показатели за здравни разходи, но и осигурените физически ресурси (например лекари, сестри и т.н.). Това е твърде важно съображение, тъй като се пренебрегват големите различия в цените. Например американците изразходват около 40% повече пари на глава от немците за здравеопазване, но реално вложените ресурси са с 15% по-малко от тези на Германия (32).

Условията за подбор на индикатори в рамките на настоящото изследване са:

- ⇒ Покритие на основните фази на възпроизводствения процес на здравните услуги – ресурси, дейност и резултати;
- ⇒ Използване на най-често прилаганите показатели за осигуреност с човешки ресурси – лекари, сестри и общопрактикуващи лекари (които са база за здравната система) и финансови ресурси – общи и публични здравни разходи, вкл. и по паритет на покупателната сила;
- ⇒ Показателите за основните функционални подсистеми на здравеопазването – извънболнична и болнична дейност, да разкриват използваемостта и ефективността на системата;
- ⇒ Показателите за здравни резултати да бъдат в по-тясна връзка със системата на здравеопазването и да са с доказан израз на нейната резултативност;
- ⇒ Да съществува баланс между индикаторите за ресурси и дейност, от една страна, и, от друга – за резултати, като центърът на тежестта да попада върху резултативните индикатори (основният принцип на концепцията за VBC);
- ⇒ Обезпеченост с информация от базата данни на СЗО “Здраве за всички”;
- ⇒ Наличие на информация за България в случаите на непълнота на базата данни на СЗО.

Една обобщена схема на избрания тук подход за индициране на конкурентоспособността на здравния сектор е представена на фиг. 4.

В таблица 2 са изложени 21 подобрени индикатори за оценка на отделни страни на конкурентоспособността на здравния сектор и влиянието им върху конкурентоспособността на отрасъла и националната икономика. На един работен етап бяха включени повече индикатори за ресурси (напр. “брой болници на 100 000 души“ и “осигуреност с болнични легла на 100 000 души”), но поради трудностите за нормативното интерпретиране на резултатите и стойностите се отказахме от тях. Например Франция и Германия са с много голяма осигуреност с болници и болнични легла, а с много ниска са Испания, Португалия, Швеция, но повечето здравни резултати са сравнително добри и за едните, и за другите страни. Също така бе елиминиран и показателят за дейност “процент на хоспитализация”, който затруднява нормативната оценка.



Фиг. 4. Обща схема на оценката за конкурентоспособността на здравеопазването

Таблица 2

Видове здравни индикатори за оценка на конкурентоспособността

Групи индикатори	Индикатори – връзка с конкурентоспособността на здравеопазването и националната икономика
<p>Ресурси</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Човешки ресурси: <ol style="list-style-type: none"> 1. Осигуреност с лекари на 100 000 души население – по-високата осигуреност е гаранция за по-мощен здравен сектор и по-здраво население (респ. работна ръка) 2. Осигуреност със сестри на 100 000 души население – сестринското обслужване е важен аспект на здравната помощ, по-високата осигуреност предполага по-икономични и качествени здравни грижи 3. Осигуреност с общопрактикуващи лекари на 100 000 души население – по-високата осигуреност означава стабилен фундамент на цялата здравна система - Финансови ресурси: <ol style="list-style-type: none"> 1. Общи здравни разходи в % от БВП – здравеопазването е една от най-скъпите системи, която оптимално консумира не по-малко от 8 % от БВП; по-ниският дял (под 7%) означава ниско качество, а високият дял (над 12-13%) означава огромни разходи на обществото (пропуснати ползи) 2. Публични здравни разходи в % от общите разходи – отразяват обществените източници на финансиране (от държавен

	<p>и местни бюджети и социално здравно осигуряване), които гарантират достъпността на здравните услуги; необходимо е да доминират в общата структура на източниците и да надхвърлят 70%</p> <p>3. Общи здравни разходи на глава от нас. по ППС (межд. долари) – характеризират реалната покупателна сила на общите здравни разходи</p>
Дейност	<p>- <i>Болнична дейност:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Среден престой – по-ниският среден престой означава по-висока ефективност на болниците 2. Използваемост на леглата в % – оптималната използваемост е над 80% <p>- <i>Извънболнична дейност:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Брой амбулаторни посещения на човек – при добре развитата доболнична помощ (която икономисва болнични разходи) средната обръщаемост към лекарите е над 5 посещения годишно на глава
Резултати	<p>- <i>Смъртност:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Детска смъртност на 1000 живородени – показател, приет за оценка на ефективността на здравната помощ; по-ниската смъртност е по-добра 2. Майчина смъртност на 100 000 живородени – характеризира качеството на медицинската помощ при раждане; по-ниската смъртност е по-добра 3. Стандартизирана смъртност 0-64 г. от херния и чревна непроходимост на 100 000 – израз на качеството на масовата хирургична и спешна помощ при случаи, които са с предотвратим летален изход 4. Стандартизирана смъртност 0-64 г. от апандесит на 100 000 – аналогично на горния индикатор 5. Стандартизирана смъртност 0-64 г. от странични ефекти на терапията на 100 000 – характеризира качеството на грижите 6. Стандартизирана смъртност от болести на сърдечно-съдовата система 0-64 г. на 100 000 – счита се за мерило на организацията и качеството на медицинската помощ; целта е да се редуцира предотвратимата смърт при най-често срещаните социални болести 7. Стандартизирана смъртност от злокачествени новообразувания 0-64 г. на 100 000 – може да се намали при ранна профилактика и навременно и ефикасно лечение 8. Стандартизирана смъртност от рак на сервикалния канал 0-64 г. на 100 000 – може да се намали при редовна профилактика на жените и навременно и ефикасно лечение <p>- <i>Очаквана продължителност на живота:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Очаквана продължителност на живота при раждане (в

- години) – характеризира количествения аспект на здравето като обобщен индикатор на здравната резултативност
2. Очаквана продължителност на живота съобразена с недееспособността – в години (DALE) – характеризира количествения и качествения аспекти на здравето
3. Намаление в продължителността на живота поради преждевременна смърт (преди 65 г.) – отразява загубите на обществото и икономиката от преждевременна смърт в брой години живот
- *Болезнотност и заболяемост:*
1. Заболеваемост от туберкулоза на 100 000 души население – болестта е индикатор за бедност, лошо хранене и социални и икономически проблеми; при добра специфична и обща профилактика може да се сведе до незначително равнище

Необходимата информация за стойностите на предложените индикатори се намира от базата данни на СЗО “Здраве за всички”, допълнена с някои български здравно-статистически данни (в случаите на празнота). Извадката за нашите цели включва само 27-те страни членки на ЕС (с разширението от 1.01. 2007 г.). Формулата, с която се конвертират променливите в скала от 1 до 7 (седем е най-добрата оценка), е приложена в Доклада за глобална конкурентоспособност 2006-2007 г. (24):

$$(1) \quad K_{ij} = 6 \times \frac{\text{(стойност за страната } i \text{ или ЕС - минимална стойност)}}{\text{(максимална стойност - минимална стойност)}} + 1$$

където K_{ij} е конвертирана стойност на даден здравен индикатор j за страна или група страни i (България или средна за ЕС или за ЕС-10) в скала от 1 до 7.

Минималната и максималната стойности са най-ниската и най-високата стойност на даден индикатор от извадката на 27-те страни членки на ЕС. Някои индикатори имат обратна трактовка – например смъртността и болестността. Повишаването на смъртността или болестността от туберкулоза се оценява като влошаване и обратно, поради което се “обръщат” сериите, като за минимална стойност се приема най-високата, а за максимална – най-ниската.

За да се проследи динамиката в скалираните стойности на здравните индикатори, се изчисляват конвертирани стойности за 2000 г. и за 2004 г. или 2005 г. (последна година с пълнота на базата данни). След това се пристъпва към определяне на глобалния индекс за конкурентоспособността на здравеопазването в България спрямо ЕС и съпоставимите страни членки от Централна Европа, сред които 8 бивши социалистически страни – Унгария, Чехия, Словения, Словакия, Полша, Литва, Латвия, Естония (ЕС-10). За изчисляването му използваме стандартната формула за калкулация на индекса на глобалната конкурентоспособност :

$$(2) \quad IKz_i = \sum K_{ij} / n,$$

където $IKzi$ е индекс на конкурентоспособността на здравния сектор в i -та страна или група страни (България, ЕС-средно и ЕС-10-средно);

$\sum Kij$ е сумата от конвертираните стойности на даден здравен индикатор j за страна или група страни i (България или средна за ЕС, или за ЕС-10) в скала от 1 до 7.

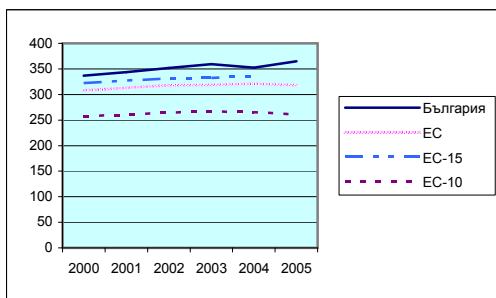
n е общият брой на здравните индикатори (в нашия случай - 21).

Индикатори за ресурси

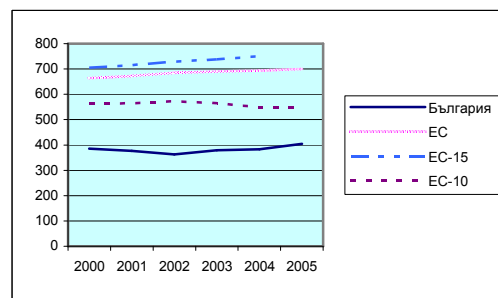
Осигуреността с лекарски кадри спрямо намаляващото население е относително добра в България в сравнение със средните нива в ЕС и ЕС-10. От фиг. 5 се вижда, че страната ни разполага с по-голям брой лекари (с 40% към 2005 г.) от 10-те страни членки преди нас (присъединили се от 2004 г.) и от ЕС – с 15% за същата година. През 2000 г. сме имали 336,91 лекари на 100 000 души население, а през 2005 г. – с 364,96. Общите тенденции за България, ЕС и ЕС - 10 са идентични – към подобрене на осигуреността. Отварянето на европейския пазар за лекарски труд обаче може да се отрази негативно за България, в която заплащането на лекарите е незадоволително и най-ниско в целия ЕС.

Едно от “тесните места” в осигуреността с лекари се заема от общопрактикуващите лекари (ОПЛ), които са център на здравната реформа в страната и изпълняват функцията “пазач на входа” за достъпа до специалисти и по-високи нива на ползване на здравната система. Стойността на **осигуреността с ОПЛ на 100 000 души население** в България (67,72 на 100 000 население за 2005 г.) е по-ниска от тази в ЕС (97,66) и ЕС-10 (70,5) и е намаляваща през последните години, което подсказва предстоящи проблеми на пазара на лекарски труд.

За разлика от добрата обща осигуреност с лекари, **осигуреността с медицински сестри** (и други професии, специализирани в здравните грижи и лабораторна практика) е твърде неблагоприятна в България (вж. Фиг.6) – от 376,19 (2000) на 100 000 души население до 404,28 (2005). Тя изостава с 42% от тази в ЕС и с 26% от осигуреността в ЕС -10 през 2005 г., въпреки че постепенно се подобрява (което се дължи главно на намаляващото население).



фиг. 5. Осигуреност с лекари на 100 000 население

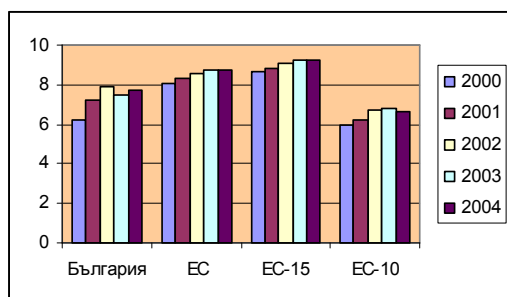


фиг. 6. Осигуреност с медицински сестри на 100 000 население

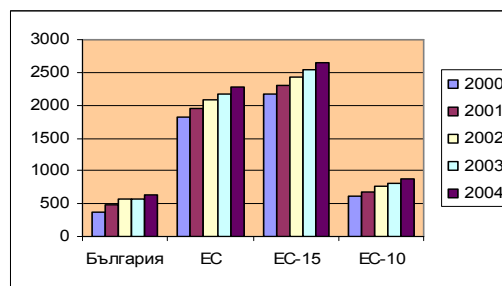
Източник: HFA Data Base, WHO, 2007

Въпреки наложената в обществото теза, че **общите здравни разходи** (включващи публични и частни източници – от домакинските бюджети и от частни здравни фондове) в България са ниски като дял от БВП, справка в базата данни на СЗО (за България това са оценки на експерти на организацията, а не данни от национални здравни сметки) показва, че това е мит. През 2000 г. в българския здравен сектор са били вложени 6,2% от БВП, което представлява 76% от средното равнище за ЕС – 8,1%, и е идентично с равнището на ЕС-10. През 2004 г. финансовото осигуряване се подобрява като вече е 7,7% от БВП и е 88% от средното ниво за ЕС и е с 15% по-високо от средното ниво на ЕС-10 (фиг. 7). От тук може да се направи важният извод, че релативно на икономическото ни развитие, здравният сектор консумира едно значително количество финансови ресурси.

Голямото изоставане от европейските норми е видно от друг индикатор, представящ **общите здравни разходи на глава от населението**, по паритет на покупателната сила и в съпоставима валута – за 2000 г. се оценява, че България е консумирала 381 долара на глава от населението, което е около 5 пъти под това в ЕС и с около 40% под това в ЕС-10, а за 2004 г. – 635 международни долара, като разликата се скъсява, но все още нивото е само 28% от това в ЕС и 73% от ЕС-10 (фиг. 8).



фиг. 7. Общи здравни разходи в % от БВП



фиг. 8. Общи здравни разходи на глава от населението в международни долари, по паритет на покупателната сила

Източник: HFA Data Base, WHO, 2007

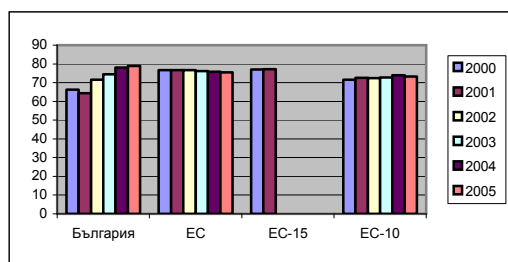
Финансовата осигуреност на здравеопазването в България с обществени ресурси – от държавния и общинските бюджети, и от НЗОК, може да се оцени като една от най-неблагоприятните (ниска) в целия ЕС, както и в сравнение с 10-те нови страни членки. Делът на публичните здравни разходи от общите здравни разходи за 2000 г. е 59,2%, а за 2004 г. – 55,8%, което означава, че останалите 45-46% са разходи главно на домакинските бюджети (при маргиналната развитост на частните здравно-осигурителни фондове този частен източник може да се пренебрегне), което ограничава достъпността до здравната система. В икономически развитите страни с европейски социален модел публичните здравни разходи са 75-76% , а в 10-те страни нови членки на ЕС около 70%. В целия ЕС само Кипър е страната с по-нисък дял на публичните здравни разходи от общите финансови ресурси. Румъния е пред България с 60%.

Индикатори за дейност

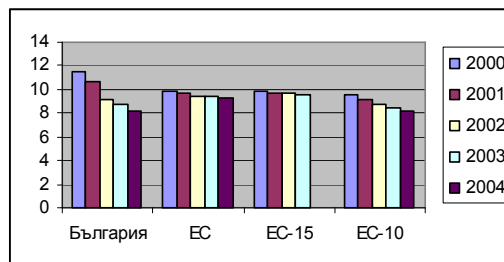
От индикаторите за дейност са използвани само 3 – един за извънболнична помощ (брой посещения при лекар на глава) и два за болнична помощ (използваемост на капацитета в % спрямо 365 дни в годината и среден престой на един болен). Първият от тях разкрива достъпността и обръщаемостта до лекар в извънболничната система, което, от една страна, се обвързва с качеството на здравното обслужване (2), а, от друга, с ефективността на здравната система. По-неефективната система (каквата е тази в България) ограничава достъпа до по-евтината здравна помощ, а е либерална към болничната по-скъпоструваща помощ. Освен това СЗО е въвела като изискване за ефективност на организацията на здравната система нейното базиране на първичната медицинска помощ и реалокация на ресурси от болничната помощ към по-предните нива на медицинската помощ (напр. цели 26 и 27 от Европейската стратегия “Здраве за всички”- 34, 99-106).

Оценката на показателя “брой посещения при лекар в извънболничната помощ на глава от населението” за България се затруднява от празнотите в националната и международната здравна информация в този аспект. По данни от отчетите на НЗОК (които отразяват амбулаторната дейност на лекарите в договорни отношения с касата) и по наша собствена експертна оценка, които могат да се считат за представителни, посещенията при общопрактикуващи лекари и специалисти от извънболничната система рязко намаляват след 2000 г. (когато са били 5 на глава от населението) до 3 през 2001 и 2002 г., когато направленията за специалист се лимитират много строго, след което бавно нарастват до 4 през 2005 г. (3). Равнището на обръщаемост към лекар от извънболнична помощ е твърде ниско в сравнение с това от преди 1995 г. (7-8), както и с нивото в страните от ЕС. Средното ниво в ЕС е 6,7-6,8 посещения за периода 2000-2005 г., а в ЕС-10 – 7,4-7,9. Изоставането на България от средното за целия ЕС е 25% (2000), 55% (2001) и 42% (2005), а спрямо средното ниво за страните от ЕС-10, съответно – 33% (2000), 60% (2001) и 49% (2005). Причините за намаления брой посещения са от различно естество, но основните от тях са: недостиг на финансови ресурси за специализирана извънболнична помощ, лимитирането на направленията (което е последица от първата), заплащането на общопрактикуващите лекари на глава от записаните в регистъра лица (поради което лекарите не отчитат пълно всички посещения), пренасочване на редица пациенти към алтернативна и частна медицина и др. Общият брой посещения в извънболничната помощ вероятно е малко по-висок, но с това не се компенсира голямото изоставане.

Индикаторът “използване на легловия капацитет в %” отразява екстензивния аспект на използването на болничните легла, т.е. спрямо максималния фонд работно време (за болница – 365 дни) в годината. Това е един от малкото на брой показатели, по които изоставането ни от ЕС е незначително, даже в последните години показваме по-добри стойности. През 2000 г. използваемостта на болничните легла спрямо 365 дни на годината е 66,3%, а през 2005 г. – 78,9%, т.е. постепенно доближаваме оптималното равнище от 85%. За същите години стойностите на показателя за ЕС са, както следва : 76,7% (2000) и 75,5% (2005 г.), а за ЕС-10 – 71,6% и 73,3%. Динамиката в стойностите на показателя е илюстрирана на фиг.9.



фиг. 9. Използваемост на леглата в %



фиг. 10. Среден престой на един болен в болница

Източник: HFA Data Base, WHO, 2007; Здравеопазване, НСИ, НЦЗИ, 2006.

За разлика от предния индикатор **средният престой на един болен** характеризира интензивния аспект на използваемостта на болничния леглови фонд и въобще на капацитета на болниците като най-крупни и ресурсоемки здравни структури. Стойността на показателя за България се подобрява динамично от 11,5 (2000) на 8,2 (2005), докато в ЕС или ЕС-10 не се наблюдават големи разлики (9-8). Разликите със средните нива в ЕС варират от -15% до +0,12%, а със средните за ЕС-10 – от -17% до -0,1% (фиг.10).

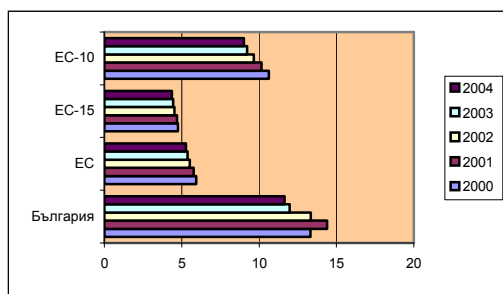
Изводът, който може да се направи по отношение на болничната дейност, е, че България е интензифицирала много бързо (само за няколко години) тази по-скъпоструваща подсистема, което е признак за икономическо съживяване и по-висока ефективност. Като се има предвид обаче голямото изоставане от ЕС и ЕС-10 по посещаемост на извънболничните лекари, интензивността и запълването на болниците индицира само техническата ефективност на болниците, но не и разпределителната и социалната ефективност (за цялостната система на здравеопазване).

Индикатори за резултати

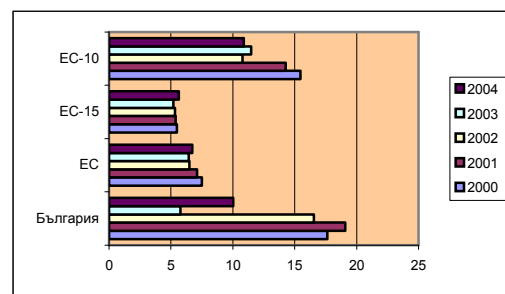
Центърът на тежестта в комбинацията от индикатори попада върху здравните резултати. Техният подбор носи голяма отговорност поради факта, че сериозна част от измененията в здравето се обуславят от външни, обективни (от гледна точка на системата на здравеопазване) фактори като наследственост и биология, етогенни промени (нездравословно поведение на индивидите), социално-икономическа среда, екологични фактори. Задачата в нашия случай бе да се изберат такива здравни показатели, които да индицират способността на здравната система да произвежда качествен и конкурентоспособен продукт. Един безспорен резултативен показател за здраве като “очаквана продължителност на живота” присъства във всички методики за оценка на състоянието на здравето, здравната система, човешкото развитие и конкурентоспособността на националната икономика. Въпреки че той се влияе от много външни фактори, го използваме предвид неговата синтетична информативност за един от аспектите за развитието на човешкия капитал – продължителността на живота. Други наложили се показатели са тези за детска и майчина смъртност,

заболеваемост и смъртност от социално-значими (по възможност и предотвратими с добра организация на превенция и профилактика) болести. Тези индикатори са включени и като цели в Европейската стратегия “Здраве за всички”. От социално значимите заболявания за България и европейските страни бяха избрани сърдечно-съдови болести, злокачествени новообразувания, туберкулоза. Към тях бяха добавени и няколко показателя за смъртност при едни от най-масовите хирургични интервенции (апендисит, херния и чревна непроходимост), осъществявани в болнични условия, както и смъртност от рак на сервикалния канал (която е неизбежна и сведена до минимум при добра профилактика и своевременна и ефикасна хирургична и химиотерапевтична намеса. Последните характеризират качеството и ефективността на организацията на медицинската помощ. Например при добра организация на първичната и спешната помощ, навременна и качествена хирургична интервенция и ефикасни следоперативни грижи, леталният изход при такива състояния може да се минимизира до неизбежния праг. Към така подбраните резултативни индикатори се прибави и показателят “стандартизирана смъртност от странични ефекти на терапията”, който служи за мониторинг на усложненията и негативните ефекти от някои терапевтични намеси и би трябвало също да бъде с минимизирана или нулева стойност. За всички индикатори за смъртност се обхваща само случаите с летален изход на лицата под 65 години, за да се избегне влиянието на фактора “биология” (износване при възрастните хора), който причинява смърт поради възраст и мултиплицира болестността.

От графиките (фиг.11 и фиг. 12) проличава, че изоставаме значително от ЕС и ЕС-10 по два базисни показателя за резултати – детска и майчина смъртност. Величината на **детската смъртност на 1000 живородени** в България варира от 13,31% до 11,65% в периода 2000-2004 г., докато в ЕС средно е от 5,94 до 5,27% , а в ЕС-10 – от 10,64 до 9,02% за същия времеви период. Въпреки по-интензивната динамика и подобряване в стойността на показателя спрямо тази в ЕС, към 2004 г. изоставаме със 120% от средното равнище на детската смъртност в Съюза и с 29 % от средното ниво за страните от групата ЕС-10.



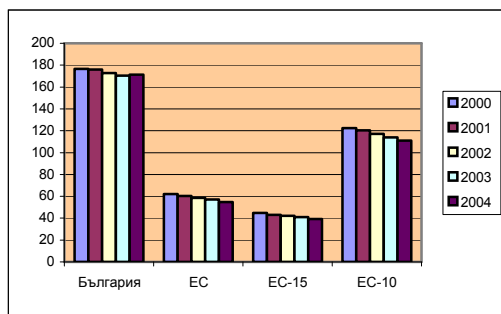
фиг.11. Детска смъртност на 1000 живородени



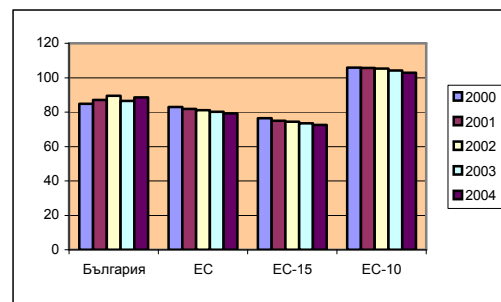
фиг. 12. Майчина смъртност на 100 000 живородени

Източник: HFA Data Base, WHO, 2007

Подобна е динамиката и при показателя “**майчина смъртност на 100 000 живородени**” (фиг.12). През 2000 г. стойността на показателя за България е била 17,64, а през 2004 г. – 10,02. За аналогичния период в ЕС равнището е 7,51-6,73, а в ЕС-10 съответно 15,46-10,88. В резултат на интензивното намаляване майчината смъртност през последните години в страната ни даже изпреварва (е по-ниска) средното равнище за ЕС-10 към края на периода. В това отношение България е станала по-конкурентоспособна в сравнение с немалко съпоставими страни от ЕС.



фиг. 13. Стандартизирана смъртност от сърдечно-съдови болести от 0-64 г. на 100 000 души



фиг. 14. Стандартизирана смъртност от злокачествени новообразувания от 0-64 г. на 100 000 души

Източник: HFA Data Base, WHO, 2007

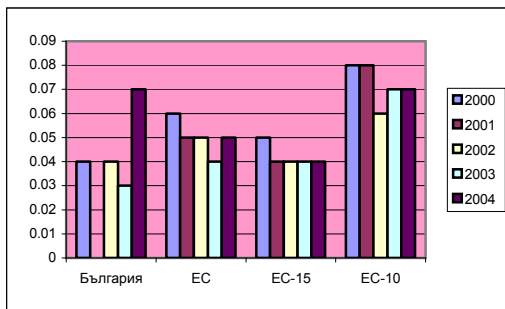
Най-негативна оценка носи индикаторът “**стандартизирана смъртност от сърдечно-съдови болести на лица от 0 до 64 години**” (на 100 000 души население) (вж. Фиг.13). Оказва се, че България е първенец в целия евросъюз по висока смъртност на лицата под 65 години от сърдечно-съдови заболявания. През 2000 г. само Румъния е с малко по-висока смъртност, но през 2004-2005 г. страната ни е на последно място със 171,17 на 100 000 души, при 54,9 за ЕС средно и 111,06 за ЕС-10. Въпреки че тенденцията е позитивна (към намаление на смъртността), разликата с нивото за ЕС и ЕС-10 нараства, което означава, че борбата със сърдечно-съдовите болести трябва да се превърне в национален приоритет за България и в нея трябва да се включат реално не само институциите, но и индивидите.

За разлика от горния индикатор **смъртността от злокачествени новообразувания на лицата под 65 години** е по-ниска от тази в ЕС-10, но все още изостава (т.е. е по-висока) от равнището в ЕС. Величината на показателя за България нараства от 84,88 (2000) на 88,6 (2004) на 100 000 души население, докато средно за ЕС-10 и ЕС се понижава (фиг.14). Доста по-негативна от тази в ЕС е **смъртността за жени под 65 години от рак на сервикалния канал**, също на 100 000 – 5,85 за 2000 г. и 6,34 за 2004 г., докато за ЕС намалява от 3,13 до 2,87. Спрямо ЕС-10 България има подобри стойности на този индикатор (7,52 – 7,21), но средно за 10-те страни членки на ЕС се забелязва подобрене, а при нас – влошаване.

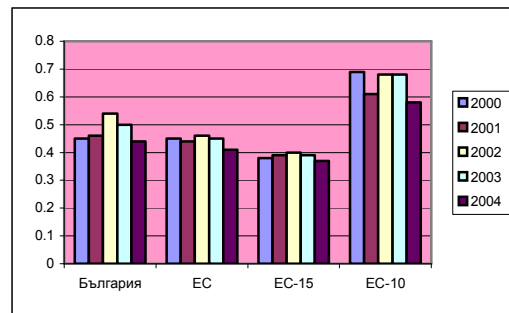
Следващата група резултативни показатели разкриват интензивността на смъртния изход за лица също под 65 г. при масови хирургични интервенции – операция

на апендисит и херния (вкл. чревна непроходимост), които твърде рядко би трябвало да водят до леталитет при добро качество и организация на медицинската помощ. Смъртността от апендисит и херния в България е с конкурентни нива в сравнение с ЕС и ЕС-10. Нещо повече, страната ни показва по-добри стойности от ЕС и ЕС-10 за периода 2000-2003 г. за показателя “смъртност от апендисит”, като само през 2004 г. равнището на смъртност е малко по-високо (фиг.15). **Смъртността от херния и чревна непроходимост** в България е на нивото на ЕС и е по-ниска от тази в ЕС-10 през 2000 г., след което започва леко да се увеличава до 2002 г., и отново намалява, но в края на периода ЕС е с по-ниски средни стойности (фиг.16). Очевидно е, че в много отношения резултатите от болничната и особено от хирургичната помощ в България не само не отстъпват от тези в икономически и социално развитите страни на Съюза, но даже имат по-добри стойности.

Много негативи получава страната ни от изоставането по показателя “смъртност от странични ефекти на терапията” също за лица под 65 години и на 100 000 души население. Докато в ЕС смъртността от такива усложнения е сведена до минимум – 0,06-0,05 за периода 2000 –2004 г., то в България стойността за 2000 г. е около 4,6 пъти по-висока – 0,28, а за 2004 г. – 3,3 пъти и в абсолютна стойност е 0,2. Прямо същия показател за ЕС-10 – 0,05-0,04, изоставането е още по-голямо – 5 пъти.



фиг. 15. Стандартизирана смъртност от апендисит, от 0-64 г. на 100 000 души

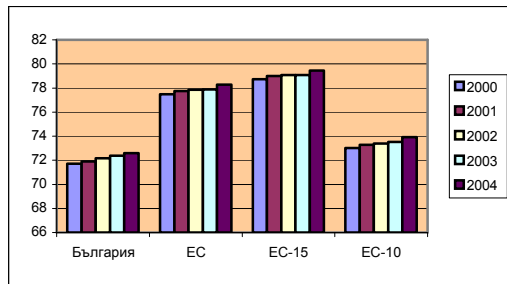


фиг. 16. Стандартизирана смъртност от херния и чревна непроходимост, от 0-64 г. на 100 000 души

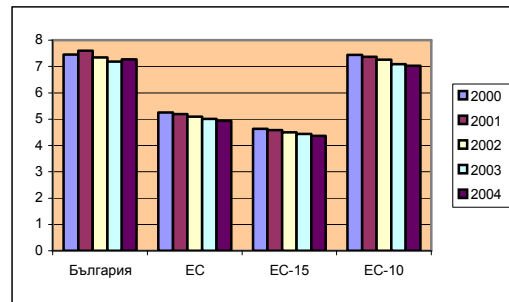
Източник: HFA Data Base, WHO, 2007

Най-обобщаващите за здравето състояние индикатори отразяват количествени и качествени аспекти на здравето чрез продължителността на живота. В настоящото изследване сме използвали три такива показателя: очаквана продължителност на живота (в години), продължителност на живота, съобразена с дееспособността (години с добра дееспособност), и редуция на очакваната продължителност на живота поради смърт за лица под 65 години. В тези резултативни показатели, повлияни не само от състоянието на здравната система, но и от цялостното социално-икономическо развитие и редица други екзогенни и етогенни фактори, се отразява значителното изоставане на България от страните в евросъюза.

Очакваната продължителност на живота варира от 71,71 (2000) до 72,6 (2004), а средно за ЕС продължителността на живота е със 7-8 години по-висока – 77,49 (2000) и 78,91 (2004). Разликите от 8% (изоставане) с ЕС и от 2% от ЕС-10 се запазват през целия петгодишен период (фиг. 17).



фиг.17. Очаквана продължителност на живота



фиг. 18. Редукция на очакваната продължителност на живота поради смърт преди 65 годишна възраст

Източник: HFA Data Base, WHO, 2007

Намалението в очакваната продължителност на живота поради смърт преди 65 години е от 7,45 до 7,27 години общо (мъже и жени), докато за ЕС е от 5,25 до 4,94. Стойностите в ЕС-10 са почти идентични на тези в България, но в края на периода също ни изпреварват (фиг. 18).

Подобни са стойностите и на качествения резултативен показател – **очаквана продължителност на живота, съобразена с дееспособността** (т.е. с добра дееспособност). В България през 2000 г. сме имали 63,1 години на живот в добро здраве и активност, а през 2002 г. (последна за която има данни) – 64,6 години. В ЕС средно се очаква по-късна възраст в добро здраве – 68,7 (2000) и 70,31 (2002), а в ЕС-10 съответно 63,29 и 65,28. Въпреки позитивните тенденции в трите показателя за България, разликите с ЕС все още са значими и трудно ще се редуцират поради умножаващите се социално-икономически проблеми в здравеопазването и в начина на живот.

С неблагоприятни нива е и показателят “**заболеваемост от туберкулоза на 100 000 души**”. През 2000 г. в България новите случаи с това социално значимо заболяване са 40,99 на 100 000, а до 2004 г. намаляват до 38,88 също на 100 000. Равнището е почти три пъти по-добро (ниско) от това в Румъния, която води негативната класация за целия период, но е повече от 2 пъти по-високо от това в ЕС – 19,62-17,61. Все пак ще отбележим, че изпреварваме по този показател средното ниво на групата страни ЕС-10.

2.2. Индекси на конкурентоспособността на здравеопазването в България и ЕС

Изложената методика за оценка на конкурентоспособността на здравеопазването в България, ЕС и ЕС-10 е отворена и позволява да се променя и обновява броят на индикаторите за здравето съобразно актуализациите на базата данни на СЗО. Също така може да се обективизира подборът на индикаторите чрез използване на консенсусни техники или анкетно проучване на експерти. Възможностите, които предлага методиката, са много широки. *Първо*, тя може да бъде адаптирана и за микроикономическо ниво за оценка на конкурентоспособността на отделно лечебно заведение или здравната система на даден регион. *Второ*, изведеният индекс за отраслова конкурентоспособност би могъл да се впише в състава на субиндексите за изчисляване на националната конкурентоспособност, като по този начин се осъществява тясна обвързка между конкурентоспособността на здравеопазването и националната конкурентоспособност.

От получените резултати – ранжираните стойности (в седемстепенна скала) на 21 показателя за ресурси, дейност и здравни резултати (вж. Таблица 3), могат да се направят следните обобщения:

Таблица 3

Индекси на конкурентоспособността на здравеопазването в България, страните от ЕС и страните от ЕС-10 (в скала от 1 до 7)

Страна/група страни	България		Средно за страните от ЕС		Средно за страните от ЕС -10	
	2000	2004/5	2000	2004/5	2000	2004/5
година	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
Осигуреност с лекари	4,54	4,30	3,65	4,04	2,09	2,32
Осигуреност с мед. сестри	1,41	1,17	2,95	3,11	2,39	2,31
Осигуреност с ОПЛ	1,93	1,96	3,44	3,50	2,05	2,12
Общи здравни разходи в % от БВП	1,82	3,44	4,06	4,78	1,56	2,34
% на публичните здравни разходи от общите здравни разходи	3,12	2,12	4,92	5,01	4,55	4,39
Общи здравни разходи на глава по ППС	1,00	1,12	4,34	5,39	1,53	2,14
Брой амбул. посещения на глава	2,27	1,90	2,97	3,04	3,28	3,47
Среден престой на болен	1,11	6,95	2,93	3,52	3,18	4,72
% на използване на леглата	2,83	3,77	5,12	4,95	4,01	4,38
Детска смъртност	3,04	3,22	5,87	6,13	4,07	4,69

Продължение

1	2	3	4	5	6	7
Майчина смъртност	3,78	4,50	5,63	5,77	4,17	5,01
Смъртност от злок. новообр., 0- 65 г.	5,02	4,57	5,15	5,44	3,49	3,70
Смъртност от ССЗ., 0- 65 г.	1,00	1,00	5,75	6,05	3,25	3,72
Смъртност от рак на сервик. канал., 0- 65 г.	4,41	4,08	5,88	6,03	3,51	3,68
Смъртност от херния	5,50	4,71	5,50	5,77	3,86	4,61
Смъртност от апендисит	6,04	4,00	5,56	5,80	5,08	5,32
Очаквана продължителност на живота (ОПЖ)	1,58	1,81	4,54	4,94	2,25	2,71
ОПЖ съобразена с дееспособн.	2,57	2,02	5,33	6,12	2,67	6,80
Редукция в ОПЖ поради смърт под 65 г.	3,37	3,01	5,70	6,03	3,38	3,81
Заболеваемост от туберкулоза	5,03	5,21	6,16	6,26	4,61	4,71
Смъртност от странични ефекти на терапията	1,21	1,00	5,93	5,93	6,14	6,36
ОБЩ ИНДЕКС	2,98	3,14	4,83	5,12	3,39	3,97

Забележка: 1 е най-ниското ниво, а 7 – най-високото ниво на конкурентоспособност.

Изчислено по данни от NFA Data Base, WHO, 2007

- Състоянието на здравеопазването** в България се подобрява след 2000 година, когато се направиха основните стъпки на здравната реформа, като общият индекс на конкурентоспособност се повишава от 2,98 на 3,14, но все още е под средата (3,5).
- Темповете**, с които се повишава конкурентоспособността на здравеопазването в България, са доста ниски (за 5 години подобрението е от 0,16 пункта на индекса), докато за ЕС е 0,29 пункта, а за ЕС-10, които страни се развиват по-интензивно, за да наваксат по-бързо изоставането, е даже по-голямо – 0,58. Това означава, че са необходими по-активни програми и управленски мерки за повишаване на ефективността, ефикасността и качеството на здравеопазването.
- Най-силните страни** на здравеопазването (с оценка над 4,5) в България са добрите резултати при операции от апендисит и херния (с по-ниска смъртност), осигуреността с лекарски кадри, заболеваемостта от туберкулоза и смъртността от злокачествени новообразувания на лица под 65 годишна възраст. За тези резултати са спомогнали добрата (все още неразрушена) органи-

- зация на помощта в онкологичните и тубдиспансерите, както и заплащането за извършена дейност в болниците при мониторинг на резултатите.
4. **Най-ниски оценки** в края на периода (под 2) получават показателите: осигуреност с медицински сестри и общопрактикуващи лекари, осигуреност с финансови ресурси на глава от населението, брой амбулаторни посещения също на глава, смъртност от сърдечно-съдови заболявания, очаквана продължителност на живота и смъртност от странични ефекти на терапията.
 5. **В сравнителен план** оценките са по-добри за България, отколкото в ЕС на показателите: осигуреност с лекари и среден престой на един болен в болница, а спрямо ЕС-10 на показателите: общи здравни разходи в % от БВП, среден престой на болен, смъртност от злокачествени новообразувания и на сервикалния канал, смъртност от херния и заболяемост от туберкулоза. Изводите са, че релативната осигуреност с финансови ресурси и лекари е гаранция за конкурентоспособност и добро развитие, болниците се използват много интензивно и резултатите от лечението на онкологичната патология и хернии са доста оптимистични.
 6. В повечето аспекти на обобщената оценка на функционирането и конкурентоспособността на здравеопазването е налице **голямо изоставане** от ЕС-10 и особено от ЕС, което означава, че е необходимо да се предприемат спешни мерки и да се реализира стратегическа визия, подсигурана с нужните ресурси, за намаляване на различията и подобряване на здравните резултати.

Използвана литература

1. Вълков Ал., Конкурентоспособност на публичните многопрофилни болници: концепция, показатели и стратегии за подобряване на конкурентните позиции, Икономически алтернативи, 2007 (под печат)
2. Делчева Евг., Всеобщ достъп до качествена здравна помощ, в: Икономиката на България и ЕС: Догонващо икономическо развитие – стратегия и реалности, с. 76-98
3. Делчева Евг., Икономически параметри на съвременната здравна реформа, Икономически алтернативи, 2007 (под печат)
4. Делчева Евг., Цели и реализация на здравната реформа, в сб. Социални срещу икономически измерения на здравеопазването в България, Стопанство, С., 2006, с.7-29
5. Доклад “Конкурентоспособност на българската икономика” на Министерството на икономиката и енергетиката от м. Февруари 2007
6. Здравеопазване, НСИ, НЦЗИ, С., 2006
7. Икономически доклад за Президента на Република България-2007, България: Социални предизвикателства и евроинтеграция, с. 79-103
8. Лулански П., Социокултурен процес, Стопанство, С., 2000
9. Попов М., Евг. Делчева, Технологии в здравеопазването, Стопанство, С., 1996
10. Филипков Д., Теория на социалния живот, Стопанство, С., 2006

11. Филипов Д., Социална икономия – икономическа теория на живота, книга първа: Икономически основи на живота, ВУ “Черноризец Храбър”, Варна, 2003
12. Чобанянева Ив., А. Димова, Управление на качеството в здравеопазването, ИК Стено, Варна, 2004
13. Маршалл Ал., Принципы экономической науке, т.1, с. 268-280
14. Arrow, K., Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care; American Economic Review, 1963, 53, 5, pp.941-973.
15. Becker G., Human Capital, 1975
16. Becker G., K.Murphy, R. Tamura, Human Capital Fertility, and Economic Growth, J. of Political Economy, 1990, 98, 5
17. Blanke J, The Lisbon review 2006 : Measuring Europe’s progress in reforms, World Economic Forum, 2006
18. Byrne D., Driving innovation, competitiveness and growth, speech/02/42
19. Byrne D., P.Telicka, The Future Direction of EU health policy, in Eurohealth, vol. 10, N 2, 2004, p. 4-5
20. Byrne D.,Enabling Good Health for all, A reflection process for a new EU Health Strategy,15.08.2004 http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/strategy/health_strategy_en.htm
21. Culyer, A., The economics of Health; London, Edward Elgar Publishing Limited , 1991
22. European Competitiveness Report 2004
23. Investing in health , Development Report , World bank, 2003
24. Global Competitiveness Report, 2006
25. Grossman, M., The Demand for Health. National Bureau of Economic Research, Occasional Paper No. 119. New York: Columbia University Press, 1972.
26. [Grossman, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health; Journal of Political Economy, 1972, 80, 2, pp. 223-255.](#)
27. Lisbon Revisited - Finding a new Path to European Growth, EPS Working paper, March 2004/WP 08
28. MacLehose L., Health trends in the EU and the candidate countries: Common Challenges?, in Eurohealth, vol. 8, N 4, autumn 2002, p. 5-8
29. Mushkin, S., Health as an Investment; Journal of Political Economy, 70, 2, 1962, pp. 129-157.
30. Nordhaus W., The health of nations: contribution of improved health to living standards.,National Bureau of Economic Report of the High Level Group on the future of social policy in an enlarged EU, European Commission, May 2004
31. Sedgley M., Health and wealth, European Health Forum Gastein 2003, in Eurohealth, vol. 9, N 3, autumn 2003, p.35-38
32. Schuppe M., Health as macro-economic growth factor, in Eurohealth, vol. 9, N 4, winter 2003/2004, p.29-32
33. Suhreke M. et al, The Contribution of health to the economy in the European Union, EC, 2005
34. Targets for health for all, WHO, 1986

35. The Lisbon Review 2004: An assessment of Policies and Reforms in Europe, World Economic Forum, 2004
36. The Human Development Report 2000
37. The Human Development Report 2004
38. The Human Development Report 2006
39. The World Health Report 2000
40. Value-based competition, Institute for Strategy and Competitiveness at Harvard Business School
41. WHO, HFA Data Base, 2007

КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Резюме

В изследването се анализира в теоретичен и емпиричен план конкурентоспособността на здравеопазването в България чрез конструиране и апробиране на индекс на конкурентоспособността спрямо ЕС за периода 2000 – 2004/2005. За изчисляването на индекса е използвана базата данни на СЗО “Здраве за всички” за 21 показатели, като се прилага 7-степенна скала. Резултатите показват, че състоянието на здравеопазването в България се подобрява след 2000 година, когато се направиха основните стъпки на здравната реформа, като общият индекс на конкурентоспособност за здравеопазването в страната се повишава от 2,98 на 3,14, но все още е много под този за ЕС (4,83-5,12), както и от този на ЕС –10 (3,39-3,97).

COMPETITIVENESS OF THE HEALTH CARE

Summary

In the research is analyzing theoretically and empirically the competitiveness of the health care in Bulgaria comparing EU through constructing of index for 2000-2004/2005 . In calculating the health care competitiveness index (HCCI) are used 21 indicators from the Data Base of WHO "Health For All". The conclusions show, that the healthcare system in Bulgaria works better since 2000 when are started health reforms, as HCCI is increasing from 2.98 to 3.14. This is the lower level of competitiveness towards the EU member countries average (4,83-5,12), as well as EU-10 (3,39-3,97).