

Морални аспекти на устойчиво развитие на здравеопазването

1. Морални аспекти на здравеопазването.

Здравеопазването е сложна система, която включва в себе си дейности по управление, финансиране и предоставяне на здравни услуги, целящо подобряване на здравния статус на населението на страната. Съвременната здравна система се базира на принципите на солидарността, правото на избор и ефективност при изразходване на ресурсите на системата и по своята същност има както социални, така и икономически характеристики. Ролята на държавата в здравеопазването в повечето страни все още е първостепенна, въпреки че тенденциите в света са към все по-голямо либерализиране на пазара на здравни услуги и въвеждане на конкуренция.

Здравеопазването обхваща системите, чиято задача е да предлагат на пациентите здравни услуги — било то профилактика, диагностика, лечение или палиативни грижи — с основна цел подобряване на здравето. Те имат централна роля в съвременното общество в това да помагат на хората да се грижат за здравето си и да го подобряват. Благодарение на системите на здравеопазване живеем повече, но е важно и да живеем по-добре.

Системите на здравеопазване в държавите членки на ЕС, се различават, тъй като отразяват съответните обществени нагласи. Въпреки различията по отношение на организацията и финансирането обаче всички те са изградени на основата на общи ценности, както бе отчетено и на Съвета на министрите на здравеопазването през 2006 г.¹: общовалидност, достъп до качествени здравни услуги, равнопоставеност и солидарност.

Наблюдава се все по-голямо взаимодействие между системите на здравеопазване в ЕС. С влизането в сила на Директива 2011/24² бе направена ключова стъпка към активизиране на това взаимодействие. Укрепването на сътрудничеството между системите на здравеопазване следва да им помогне да функционират по-добре в условията на нарастващата мобилност на пациентите и на здравните работници.

През последните десет години системите на здравеопазване в Европа са изправени пред все повече предизвикателства: увеличаване на разходите за здравеопазване,

¹ Заклучения на Съвета относно общите ценности и принципи в системите на здравеопазване в Европейския съюз, ОВ С 146, 22.6.2006.

² Директива 2011/24/ЕС, ОВ L 88, 4.4.2011.

застаряващо население, което от своя страна води до повишаване на хроничните болести и до мултиморбидност, което предполага нарастващо търсене на здравни услуги, води до недостиг и неравномерно разпределение на здравните работници, различия в здравословното състояние и неравнопоставеност относно достъпа до здравно обслужване.

Освен това през последните години икономическата криза наложи ограничения върху наличните финансови ресурси и така задълбочи трудностите на държавите членки при гарантирането на устойчивостта на системите им на здравеопазване. Това на свой ред застрашава способността на държавите членки да предлагат на всички достъп до качествени здравни грижи. Системите на здравеопазване трябва да са устойчиви: те трябва да могат успешно да се нагаждат към променящите се условия и да са в състояние да се справят със значимите предизвикателства с ограничени ресурси.

Все по-голямата взаимозависимост и общите предизвикателства налагат по-тясно сътрудничество. През 2006 г. държавите членки постигнаха съгласие по общи цели за достъпност, качество и финансова устойчивост на здравните услуги предвид отворения метод на координация за социална закрила и социална интеграция. През 2011 г. Съветът на министрите на здравеопазването даде начало на процес на размисъл на равнището на ЕС, за да се помогне на държавите членки да предложат съвременни, адекватни и устойчиви системи на здравеопазване³. Този процес показва, че макар винаги да е стоял ключовият въпрос за осигуряване на равнопоставен достъп до висококачествени здравни услуги в условия на недостиг на икономически и други ресурси, понастоящем се променят мащабът и неотложността и ако проблемът не бъде разрешен, той би могъл да се превърне в основен фактор за бъдещата икономическа и социална структура на ЕС.

През декември 2013 г. Съветът на министрите на здравеопазването одобри постигнатия напредък и призова за по-нататъшни действия в тази област в своите заключения във връзка с „процеса на размисъл за установяването на модерни, адаптивни и устойчиви системи на здравеопазване“⁴.

Основно предизвикателство пред развитите страни е засилване участието и ролята на индивида в грижите по осигуряване на здраве. Индивидуалният интерес, знанието за

³ Заключение на Съвета: Към модерни, адаптивни и устойчиви системи на здравеопазване (6 юни 2011 г.).

⁴ Заключение на Съвета относно процеса на размисъл за установяването на модерни, адаптивни и устойчиви системи на здравеопазване (10 декември 2013 г.).

здравето, здравната отговорност и обществената солидарност са основни етически принципи в здравеопазването. Здравната политика, здравното осигуряване, доставчиците на здравни услуги трябва да подпомогнат гражданите да упражняват информиран и грамотен избор като потребители на здравни услуги. По-високата ефективност и използване на капацитета на здравната система зависи от даването на образованите граждани на по-активна роля при осигуряване на своето здраве и в промоцията на здравна грамотност и здравни компетентности между цялото население.

Предвиждането, превенцията, факторите, определящи здравните рискове, биотехнологиите, здравната информация и фармацевтичната генетика се характеризират със забележително развитие в последните години. Това дава възможност за по-добра, индивидуализирана здравна закрила и поддържане на висок здравен статус на населението. Отчита се, че на настоящия етап посочените възможности все още не се използват в пълен размер в правителствените и институционални здравни политики. Свърхрегулираните системи за управление на заболяемостта се смятат за остарели на фона на иновациите в здравните технологии и прогреса в капацитета на здравните системи.

Новата концепция за здравето се насочва към активен процес на балансиране на взаимодействието между индивидуалното, съзнателно информирано участие в промоцията и превенцията на здраве и компетентното участие на професионална помощ, с цел постигане на добър здравен резултат. Фокусът е насочен към изменените биоетични принципи като задължението за осигуряване на достъп до информация, правото да бъдеш информиран, образование за здравето, здравна грамотност, здравни компетентности и пр.

Освен че само по себе си здравето е ценност, то е и предпоставка за икономически просперитет, както се отбелязва и в работния документ на службите на Комисията „Инвестиции в здравеопазването“, който е част от пакета за социалните инвестиции. Здравето на хората оказва влияние върху икономическите резултати по отношение на производителността, предлагането на работна ръка, човешкия капитал и публичните разходи. Развитието на сектора на здравеопазването силно се влияе от иновациите и има значима икономическа роля: този сектор представлява 10 % от БВП на ЕС. Освен това в него има силна концентрация на работна ръка и е един от най-големите сектори в ЕС:

работната сила в сектора на здравеопазването възлиза на 8 % от всички работни места в ЕС.

Като има предвид вече събрания опит и работата, свършена през последните години, и с оглед на по-нататъшното разработване на подходи на равнището на ЕС, политиките и стратегиите в областта на здравеопазването се съсредоточават върху следните морални аспекти и действия:

1. повишаване на ефективността на системите на здравеопазването;
2. увеличаване на достъпността на здравното обслужване;
3. повишаване на устойчивостта на системите на здравеопазване.

Друг морален аспект на здравеопазването е неговата достъпност. Това е един от принципите, залегнали в Европейската социална харта, с който се подчертава значението на наличието на прозрачни критерии за достъп до медицинско лечение, както и задължението на държавите да имат необходимата система на здравеопазване, която да не изключва части от населението от възможността да получават здравни услуги. Достъпът до здравните услуги си остава трудно измерим и не съществува общовалидна за ЕС методология за наблюдението му и за насърчаването на най-добрите практики. Това би представлявало важна крачка към намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването.

Общовалиден показател за различията в ЕС е процентът на жителите, които съобщават за трудности при достъпа до медицинско обслужване по причини, свързани с достъпа до системата на здравеопазването: време на чакане, път и споделяне на разходите. Тези констатации обаче са направени въз основа на посочените от анкетираните нужди и поради това е възможно да са повлияни от културните нагласи в отделните страни.

2. Исторически преглед на развитие на здравеопазването в България и по света.

Множество български лекари практикуват в страната или в чужбина преди Освобождението, но организирано здравеопазването в България се създава едва след него. Подхождане към организиране на основите на българско здравеопазване се забелязват малко преди самото Освобождение. През 1871 г. като задължение за създаване на

болници е вписано в учредителния устав на Екзархийския съвет към Българската екзархия, както и като дейност на местните епархийски съвети.

До Освободителната война в Османската империя не съществуват никаква санитарна организация или здравеопазване. Болестите се разпространяват между населението в убийствени епидемии, но никой не се грижи за подобрене на хигиенното състояние на населените места. Градовете и селата представляват огнища за разпространение на всякакви болести. Няма и лечебни заведения (освен в градовете с по-големи гарнизони), предназначени за населението като болници, приюти и т.н.⁵

Българското население, като по-близко до западната култура, чувства остра нужда от просвета и от грижи за подобрене на общественото здраве. В навечерието на Освобождението населението започва да проявява жив интерес към просветата и образованието, а заедно с тях, макар и по-слабо, към санитарното дело. Църковната самостоятелност дава импулс за бързо и успешно развитие на училищата, а около тях изпъкват и други обществени нужди.

В чл. 98 от Екзархийски устав (1871 г.) в главата за правата на Екзархийския съвет се казва: „Дава мнение и полага старание за съзиждане и учреждане на духовни училища, манастири, болници и други обществени заведения”. Чл. 99 възлага същите права и задължения на местните епархийски смесени съвети. Тези постановления на Екзархийския устав са от голямо принципно и практическо значение, защото дават правото на българското население чрез свои изборни представители да се грижи за народното здраве.

Първите крачки за напредъка в здравеопазването се правят от общините, духовенството и учителите, т.е. от самото население, без участието на държавната власт. След обявяването на Руско-турската война, при руския главнокомандващ е създадена специална длъжност „завеждащ гражданските дела”, на която е назначен княз Черкаски – изтъкнат руски държавен деец. Той ръководи канцеларията на Гражданското руско управление към Главното командване на руската армия до Санстефанския мирен договор (13.03.1878 г.)⁶ Санитарните въпроси тук отново се засягат съвсем накратко: само в

⁵ Доклад до XIV ОНС от Парламентарната комисия за изработване щатове на чиновниците. Том II, Гражданско санитарно ведомство при МВР, доклад от д-р Ораховац, с. 41.

⁶ Василев, Вл. История на медицината в България. С. 1978, с.117.

инструкцията за правата и задълженията на управителните съвети се казва, че те „взимат, съвместно с полицейските власти, мерки против заразни епидемически болести.⁷”

В „Проект за главните основи на Гражданското управление в санджаците и окръзите (каазите) на българските земи” от 1877 г. сред длъжностите в санджаците и окръзите се срещат и „санджаков врач” и „окръжен врач⁸”. На тях се предоставят предимно санитарни и противоепидемични задачи за ликвидиране последиците от войната. Това е първият административен акт, който слага началото на здравеопазен апарат в новоосвободената българска държава.

След Освободителната война в областите и окръзите са назначени лекари на заплата, с цел да се неутрализират последиците от войната и за превенция на епидемии, организират се хигиенни дейности по изчистване в градовете (градската и обща хигиена преди Освобождението е на много ниско ниво), а веднага след това са положени основите на създаването на медицински, болнични и аптечни устави, организиращи назначаването на лекари, аптекари и създаването на болници.

След Освобождението са разгледани и утвърдени устави: медицински, аптечен и болничен. Според медицинския устав е определено да има губернерски и окръжни лекари, които ще наглеждат губернерските и окръжни болници. Аптеките са направени по европейски образец. Болниците са направени общи, както за населението, така и за войската. Те се издържат от общите приходи на Княжеството, за да се избегне неравномерността в разходите на населението⁹.

През месец май 1878 г. се полага началото на устройството на здравеопазването в България. Отделът на вътрешните дела трябва да създаде нова институция, несъществуваща до тогава. За тази цел липсват подготвени кадри, необходимо условие за лесно прилагане на предвидените мерки. През 1878 г. е изработен проект, представен на лекарите депутати в Учредителното събрание в Търново през 1879 г., който е разгледан, обсъден и служи за основа за изработване на основните положения за организацията на здравеопазването в Княжеството.

⁷ Василев, Вл. История на медицината в България. С. 1978, с.117.

⁸ Доклад до XIV ОНС от Парламентарната комисия за изработване щатове на чиновниците. Том II, Гражданско санитарно ведомство при МВР, доклад от д-рОраховац, с. 42.

⁹ Русев, М. Исторически преглед на медицинската част и медицинската книжнина в България, С. 1904.

През 1879 г. се одобряват първите нормативни и законодателни документи по въпросите на медицинско управление, съдържащи устав за лечебните заведения, правила за устройството на аптеките, санитарна организация и т.н. С тях се създават и новите национални здравни и медицински институти. Създаден е Висш медицински съвет. Приети са Граждански медицински закони, а медицинската администрация е част от Министерство на вътрешните работи.

Първият официален здравен законодателен документ е „Временни правила за устройството на медицинската част в България”, утвърден от императорския комисар на 1 февруари 1879 г. Състои се от три раздела:

- 1) Правила за медицинското управление в България.
- 2) Устав за лечебните заведения в България (болничен устав).
- 3) Правила за устройство на аптеките в България.

„Временните правила” уреждат централното медицинско устройство, медицинското устройство на окръжията и градовете, реда за назначение на служба на медицинските длъжности, болничното устройство и устройството на аптеките. Преценени исторически, „Временните правила” са законодателен акт, който слага прогресивно начало на българското здравеопазване.

След 1883 г. въпросите на здравеопазването преминават изцяло под грижите на Вътрешния министър, а през 1888 г. е създадена Главна дирекция на народното здраве. Първото аптекарско дружество в България е основано през 1884 г. в град Русе¹⁰.

Първият здравноосигурителен закон в България („Закон за работническите осигуровки относно рисковете болест и злополука” г.) е приет през 1918, а през 1924 г. Народното събрание приема „Закон за обществените осигуровки” за задължително осигуряване на всички работници и служещи в държавни и частни предприятия и организации за рисковете злополука, болест, майчинство, инвалидност и старост. Според този закон медицинската помощ се оказва чрез Фонд за обществени осигуровки, в който 2/3 от приходите се набират от работодателите и държавата, а 1/3 - от работещите, като от

¹⁰ в. "Славянин" бр. 117 от 1884 г.