

Акад. ЛЪЧЕЗАР ТРАЙКОВ
СТРАТЕГИЯ
ЗА ВЪЗМОЖНИ ПРОМЕНИ
В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Тази книга излиза в специалната поредица на СДРУЖЕНИЕ „ЕДИНЕНИЕ“, посветена на разработката на стратегически приоритети и цели, пред които е изправено съвременното българско общество.

- © Лъчезар Трайков, автор, 2019
- © Пламен Грампов, корица, 2019
- © Издателство „Захарий Стоянов“, 2019

ISBN 978-954-09-1386-5

Акад. ЛЪЧЕЗАР ТРАЙКОВ

**СТРАТЕГИЯ
ЗА ВЪЗМОЖНИ ПРОМЕНИ
В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

Издателство
„ЗАХАРИЙ СТОЯНОВ“
София, 2019

СЪДЪРЖАНИЕ

1. Развитие на проблемите през годините	7
1) Очевидни слабости (кое не работи)	11
2) Обществени нагласи и очаквания	18
3) Нормативни документи	19
2. Същността на проблема	20
1) Избор на най-неотложните проблеми за решаване	20
2) Варианти за решение	20
3. Основни проблеми и решения	25
1. Финансиране на системата	25
2. Роля на НЗОК	27
3. Спешна помощ	28
4. Първична и специализирана медицинска помощ	29
5. Болнична помощ	30
6. Лекарствена политика	32
7. Контрол на качеството	34
8. Кадрова политика	35
Заклучение	37
Изводи от доклада на Световната банка за здравната система в България през 2013 г.	37
Изводи от доклада на Световната банка за здравната система в България през 2015 г.	38

1. РАЗВИТИЕ НА ПРОБЛЕМИТЕ ПРЕЗ ГОДИНИТЕ

В ценностната система на българските граждани здравето винаги е заемало едно от челните места. Основна функция и грижа на държавата е опазване и възстановяване на здравето и повишаване на качеството на живот на всеки български гражданин. Здравето е не само право на всеки гражданин, гарантирано от Конституцията на страната, но и задължение на всеки, свързано със спазването на законодателството и поддържането на здравословен начин на живот, водещ до по-високо благополучие.

Днес България повече от всякога се нуждае спешно от истинска дискусия по проблемите в здравеопазването и намиране на работещи решения за развитие на здравната система в полза на всички граждани за едно по-добро здраве и по-добро качество на живот!

В една такава дискусия няма място за тяснопартийна политика, а за национален консенсус. Нужни са общите усилия на всички нас!

Принципно всяка успешна здравна реформа има няколко **основни цели:**

- осигуряване равен достъп на гражданите до качествени здравни услуги;
- по-ефективно управление на здравните ресурси;
- подобряване на здравните показатели на населението.

Здравната реформа е един непрекъснат процес на качествени и количествени промени с различен обхват и влияние върху здравната система. Затова промените, в контекста на реформата, би следвало да се прилагат в единна и логична взаимосвързаност, водеща до трайно и устойчиво решаване на проблемите в здравеопазването.

През годините на преход в българското здравеопазване беше извършена смяна на модела на финансиране от данъчен с осигурителен. Въведоха се пазарни механизми във функционирането и управлението на системата. Наложих се грешната представа, че държавата няма място и трябва постепенно да се оттегли от регулаторните и контролни функции и да изостави всичко на „пазара“. Смяната на модела завари и обществото, и здравната система еднакво неподготвени.

В резултат на бързо приетите закони, при несъобразяване с обективните условия, се стигна до структурен хаос, стихийност и тежка административна криза в системата. Здравният сектор е силно дефрагментиран, с разкъсани до липсващи организационни и структурни взаимосвързки между отделните елементи в него. Наблюдава се свръхконцентрация на

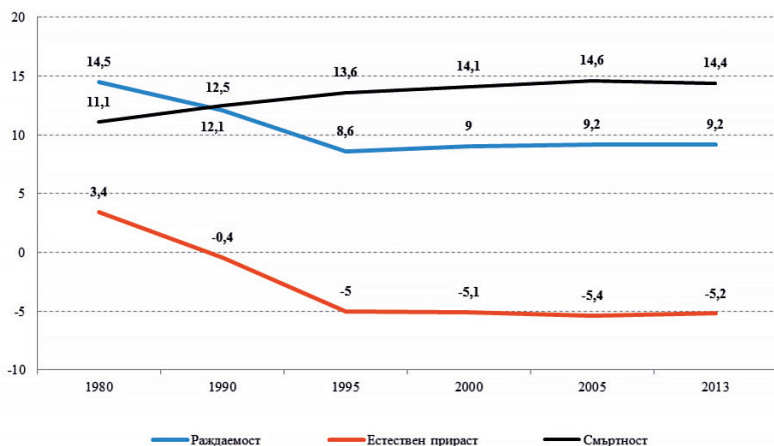
предлагането на здравни услуги в големите градове срещу ограничено до липсващо такова в отделни региони в страната.

Безконтролното и немотивирано от страна на държавата разкриване на нови частни болници, и то само в големите градове, освен че натоварва обществото с ненужно увеличени разходи, има за последствие миграция на медицинските специалисти към тях и създаване на сериозен недостиг на кадри дори в областните градове. Като прибавим към това изтичането на медицински специалисти извън страната, ние вече сме в ситуация на тежък дефицит в количествен и в качествен аспект на медицински кадри.

В момента здравеопазването се намира в критично състояние, при което системата става все по-ресурсоемка и все по-неефективна. Липсата на дългосрочна и последователна държавна политика, както и икономическата криза през последните години още повече дестабилизируют сектора.

Силен натиск върху системата оказват и задълбочаващите се демографски проблеми. България е изправена пред тежка демографска катастрофа, като всяка година изчезва по един малък български град. Сред основните причини са: ниската раждаемост, високата смъртност, застаряването на населението, емиграцията на млади и способни българи. От 1990 г. страната е с отрицателен естествен прираст. Ако тази тенденция се запази, то през 2060 г. населението на страната ще се свие с над 2 милиона и ще стане око-

ло 5,5 милиона души. Към 2050 г. прогнозата е всеки трети българин да е на възраст над 65 години, а само всеки втори – в трудоспособна възраст. Всяка година 10 хиляди млади хора напускат страната в търсене на по-добри условия на живот.



Показатели за раждаемост, обща смъртност и естествен прираст (на 1000 души)

Понастоящем здравната система в България се характеризира със смес от публични и частни централизирани и децентрализирани черти на финансиращите медицинската помощ и на изпълнителите на здравни услуги. Основната финансираща институция с обществени средства е Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), създадена по Закона за здравното осигуряване с цел да обхване всички граждани. Чрез нея към изпълнителите се насочва основният

дял (около 70 – 80%) от публичните средства. Здравните услуги се предоставят от мрежа изпълнители, регистрирани по търговския закон, които работят в публичния или в частния сектор. Извънболничната медицинска помощ се оказва в индивидуални или групови практики в медицински, диагностични и дентални центрове, повечето от които са частни. Болниците работят като търговски дружества и повечето от тях са собственост на държавата и общините. Около 10% от леглата и една трета от болниците са частни. Практически всички изпълнители имат договори с НЗОК.

Възнагражденията на общопрактикуващите лекари се базират основно на заплащането на база капитация за пациент и такси за други амбулаторни услуги. Болниците получават плащания на базата на клинични пътеки, които са плащания, основани на конкретните случаи.

1) Очевидни слабости (кое не работи)

Открояват се следните фактори и причини, които доведоха до неефективните резултати от провежданата през последните години реформа на българското здравеопазване:

- Липса на последователна политическа воля за издигане здравето на нацията сред водещите национални приоритети с цел гарантиране на националната здравна сигурност;

- Формирана и наложена погрешна представа, че държавата не е необходимо да управлява и контролира системата на здравеопазването, а трябва да се регулира основно на пазарни принципи. Това разбиране се наложи през последните години въпреки противоречието с приетите и утвърдени принципи на здравноосигурителните системи в страните от Европейския съюз;
- Приемане на решения за промени в системата на здравеопазването без отчитане на баланса между здравните потребности, поставените цели и ограничените финансови ресурси, с които могат да се изпълнят тези решения;
- Липса на компетентен и обективен експертен анализ на сегашното състояние и тенденциите на общественото здраве и имитация на провеждане на структурна реформа;
- Налице е несъответствие между устойчивото нарастване на разходите за здраве и влошаващия се здравен статус на населението. Така например, за периода от 2003 г. до 2013 г. разходите за здравеопазване по консолидираната фискална програма са нараснали 2,1 пъти – от 1,698 до 3,54 млрд. лв. Системата на финансиране стимулира медицинските специалисти да работят количествено, а не качествено.
- Непрекъснатото увеличаване на средствата в системата от една страна не само не я подобрява, но и задълбочава наличните деформации в

нея. Съотношението между публични и частни разходи за здравеопазване се промени. Наблюдава се трайна тенденция за намаляване дела на средствата, отделяни от държавата през Републиканския бюджет за финансиране на здравната система. Например – прехвърлянето на дейности от МЗ към НЗОК (хемодиализа, интензивни грижи, лекарствени средства за лечение на онкологични заболявания и др.);

- Повишаването на разходите в сектора е за сметка на все по-големи финансови разходи от страна на българските граждани. По данни на НСИ средните разходи на семействата за здравеопазване за 13-годишния период от 2000 до 2013 г. са се увеличили повече от 3 пъти – от 139 лв. на 553 лв. Тази тенденция се отнася и за разходите на едно лице, които се увеличават повече от 4 пъти – от 50 лв. на 233 лв.;



- Безпрецедентното отклоняване на средства от здравноосигурителни вноски от бюджета на НЗОК в размер на 2 млрд. лв. за нуждите на фискалния резерв на държавата. Като резултат, това доведе до загуба на доверие на здравноосигурените лица в системата и ги демотивира за коректното внасяне на дължимите от тях здравни вноски;
- Основен проблем в здравната система – неравнопоставеността в достъпа до качествено здравеопазване за голяма част от населението на база задълбочаващи се териториални диспропорции;
- Българите са сред най-неудовлетворените от здравната система европейски граждани;
- Липса на прозрачност при изразходването на финансовите средства в здравния сектор;
- Забавено въвеждане на електронното здравеопазване, като водещ фактор за прозрачността, подобряване ефективността и контрола в системата;
- НЗОК няма дългосрочна стратегия за управление на ресурсите си и не разполага с основна база данни, която е съществена за управлението на качеството, разходите и рисковете. Няма дори база данни на осигурените, точна информация какви услуги са използвали пациентите във времето. Съществуващата информационна система на НЗОК след няколко години без системна поддръжка е в риск от пълен срив;
- Бюджетът на НЗОК – огромна диспропорция в

полза на средствата, заделени за болнична помощ и лекарствени продукти;

- Липса на ефективни механизми за оптимизиране броя на болниците. Болничната ни система е силно фрагментирана. На 100 000 души се падат 4,6 болници в сравнение със средно 2,7 за ЕС. Много болници имат много малко пациенти, което е силно неефективно;
- Поради липса на ефективен контрол НЗОК заплаща почти всичко, което отчитат лечебните заведения към нея, и постепенно се превръща в разплащателна агенция;
- Броят на хоспитализациите се е удвоил от 2000 г. насам, като през 2011 г. нивото е било толкова голямо, че на практика един от всеки 4-ма българи е бил хоспитализиран;
- Нараснал размер на „нерегламентираните плащания“, който допълнително опорочава справедливостта на осигурителната система и ограничава възможностите на голяма група от населението за достъп до качествени здравни услуги;
- Нормативният хаос стимулира корупцията, създават се регламентирани предпоставки за рекеторски практики, нерегламентирани плащания и натиск върху пациентите на различни нива в системата (плащане за избор на екип, лекарства, мед. изделия и др.).
- Липсва адекватна политика и реални действия за намаляване нарасналия брой на здравнонеосигурените лица;

- Лечебните заведения продължават да генерират задължения, които надхвърлят 500 млн. лв. към доставчиците на медикаменти, медицински изделия и външни услуги. Съществува реална опасност от обявяване в несъстоятелност дори и на големи болници;
- Непрекъснато повишаване на средствата за здравеопазване, при съответния демографски срив в страната, без да се подобрят здравните показатели на населението, е критерий за ниска ефективност;
- Дейностите по превенцията, профилактиката и промоцията на здраве, както и доказано ефективни подходи за намаляване на разходите в системата са силно ограничени;
- Особено важните организационни връзки и приемственост между извънболничната, спешната, болничната помощ, рехабилитацията, долекуването и продължителното лечение не функционират или липсват изцяло;
- Същевременно е налице влошаване на демографските, социалните и здравните индикатори със значителна разлика между градското и селското население;
- Неадекватната и силно деформирана лекарствена политика затруднява достъпа до животоспасяващи лекарства. Общите разходи на населението за лекарства, медицински материали, оптика и други медицински материали за периода 2006 – 2011 г. са се увеличили със 71% – от

1072 на 1834 млн. лв. Увеличението е главно за сметка на разходите на домакинствата, като техният дял в общите продажби достига до 78% при само 22% от закупените лекарства и други медицински материали от публични средства. Увеличението на разходите за лекарства и други медицински материали за сметка на НЗОК също бележи устойчив тренд.



- Увеличава се процентът на доплащане на лекарствата от пациентите, което постоянно намалява възможността на пациентите за адекватно лечение;
- На фона на застаряващо население лисват възможности за продължително лечение, което остава един от най-сериозните медико-социални проблеми в системата;
- Липсва дългосрочна политика за планиране, подготовка и развитие на кадрите, която да обез-

печи здравната система с висококвалифицирани медицински специалисти. В цели райони на страната осигуряването с дадени специалности като патоанатоми, педиатри, анестезиолози е др. е под критичния минимум. Подобно е положението и със специалистите по здравни грижи. Наблюдава се засилена тенденция за напускане на страната с цел по-добри условия на работа, както и по-добро заплащане;

- Съществуват редица нормативно залегнали затруднения за специализация и повишаване на квалификацията на лекарите;
- Липсват адекватни механизми за справедливо заплащане на лекарския труд. Огромни диспропорции в заплащането на лекарите в държавните болници;
- Работата на медицинските сестри е силно подценена в материален и морален аспект. Значително са ограничени възможностите им за професионална реализация и повишаване на квалификацията, което заедно с лошата организация и тежките условия за труд обуславя ниско качество на медицинските грижи.

2) Обществени нагласи и очаквания

- Да се защитят интересите на осигурените лица и да се гарантират конституционните права на населението;

- ефективно използване на финансовите средства за здравеопазване и финансова устойчивост на здравната система;
- да се гарантира по-голяма справедливост, равнопоставеност и достъпност на осигурените лица до качествена медицинска помощ;
- да се осигурят качествени здравни услуги, отговарящи на европейските стандарти;
- да се осигури и гарантира прозрачност и информираност на обществото за състоянието, както и за резултатите от промени във функционирането на системата;
- повишена удовлетвореност на населението и медицинските специалисти от функционирането на здравната система.

3) Нормативни документи

За времето от 2000 г. досега във връзка със здравеопазването са приети 21 закона и 65 наредби, които са претърпели над 600 изменения и допълнения, а 5 от тях са отменени. Всеки закон е променян средно 26 пъти.

През годините се утвърди практиката на чести и частични, а понякога и откровено лобистки промени в здравното законодателство, без предварителен анализ, без финансова обосновка, както и най-вече без оценка на въздействието им върху здравната система.

2. СЪЩНОСТТА НА ПРОБЛЕМА

1) Избор на най-неотложните проблеми за решаване

Структурните проблеми могат да се дефинират в следните основни направления:

- Финансиране на системата;
- Организация на системата;
- Технологична и кадрова обезпеченост;
- Ефективност на здравната система.

2) Варианти за решение

Вариант 1 – не променяме нищо!

- Средствата непрекъснато се увеличават. Основно за сметка на здравноосигурените. Държавата все повече се дистанцира от финансиране на системата.
- Системната неудовлетвореност нараства.
- Здравноосигурените се демотивират. Цялата тежест пада върху работещите – здравни осигуровки, данъци, преки плащания.

- Броят на болниците нараства въпреки наличната демографска криза и намаляващия брой медицински специалисти.
- Качеството пада. Занижен до липсващ ефективен контрол. Съсловните организации продължават да не се интересуват от проблема.
- Липса на профилактика. Изтласкване на заден план, епизодични проекти с незадоволителен резултат.
- Бум на социалнозначими и заразни заболявания, следствие липса на профилактика, нарушения в имунизационния календар.
- Дълговете на държавните и общинските болници се увеличават.
- Заплаха от несъстоятелност.
- Затруднен достъп до здравеопазване в някои региони.
- Липсват специалисти. Емиграция на лекарите и специалистите по здравни грижи.
- Нарушено доверие между лекари и пациенти. Все повече медицински грешки, недоволстващи пациенти и медии, използващи случаите за отклоняване на вниманието от злободневните неща.
- Огромен дисбаланс между заплащането на лекарите. Нежелание от страна на собственика – държавата да регулира процеса.
- Проблеми в лекарствената политика – нарастващи цени на лекарствата, липса на пазара.
- Засилване на социалното разделение и последващо социално напрежение.

- Чести промени в законодателството. Неспазването на действащите закони се решава с поправки. Решават се конкретни проблеми, без системен подход, без оценка на въздействието.
- *Вариант 2 – нашето предложение!*

ЦЕЛ:

Подобряване на общественото здраве за постигане на висока степен на национална здравна сигурност.

НАСОКИ:

- Повишаване ролята на държавата в регулиране на процесите, както и отговорностите за финансовата стабилност на здравната система с оглед гарантиране на социално справедлив достъп до медицинска помощ.
- Налагане на ново обществено и индивидуално отношение към здравето като право и отговорност на индивида.
- Възстановяване на доверието в системата на здравеопазването.
- Преориентиране на здравната система към профилактика и диспансеризация с приоритет на майчиното, детското и училищното здравеопазване и предотвратяването на социалнозначимите заболявания.
- Цялостно преориентиране на здравната система към промоция на здравето и профилактика на

болестите, а не само лечение на тежките последствия от заболяванията.

- Превръщане медицината на болестите в медицина за здравето чрез промяна на баланса между лечението и профилактиката.
- Разработване и прилагане на интегрирани профилактични програми за борба със социално-значимите заболявания.
- Утвърждаване и реализиране на принципа „Здраве във всички политики“, чрез което да се осигури подобряване на здравния статус и по-високо качество на живот на българските граждани.
- Активен подход за дългосрочни грижи и изграждане на подкрепяща среда за хората с увреждания и уязвимите групи от българското население.
- Възстановяване на баланса и взаимовръзката между отделните елементи на здравната система.
- Въвеждане на единна, интегрирана система за електронно здравеопазване с цел ефективно планиране и разходване на финансовите средства в условията на контрол и прозрачност.
- Финансиране на здравната система, при което заплащането на медицинските услуги да бъде обвързано с постигнатите резултати.

ДЕЙСТВИЯ:

1. Изготвяне на план за прилагане на Националната здравна стратегия.
2. Изработване на Национална здравна карта със

задължителен характер въз основа на оценка здравните потребности на населението от видове медицинска помощ; определяне на приоритетите в здравеопазването; планиране на здравните услуги. Териториалното разпределение на конкретните потребности от лечебни заведения със съответния брой болнични легла и медицински кадри.

3. Преоценка на цялата подзаконова нормативна база, с цел хармонизирането ѝ със законодателството. Хармонизиране на всички законови и подзаконови нормативни актове с тези на ЕС.
4. Механизми за ефективен и прозрачен контрол върху качеството на предлаганите медицински услуги и разходването на публичните финансови ресурси.
5. Модернизиране на системата на Спешната помощ и разширяване на дейността и в общини без лечебни заведения.
6. Създаване на условия за реална конкуренция при прозрачен и ефективен финансов контрол върху качеството на медицинските услуги.
7. Промяна в Закона за лечебните заведения – отмяна на регистрацията им като търговски субекти.
8. Провеждане на лекарствена политика, гарантираща достъпа до качествени и безопасни лекарствени продукти.
9. Дългосрочна стратегия за професионално развитие на медицинските кадри.

3. ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ И РЕШЕНИЯ

1. Финансиране на системата

Осигурителният модел в България претърпя пълен крах. Причините:

- Преките лични плащания представляват половината от общите разходи за здраве.
- Увеличен брой хора, за които държавата плаща здравни вноски. Наред с категориите, които нямат възможност да плащат, като децата, майките, пенсионерите и безработните, има и групи като държавните служители, военните, полицаяте, които имат възможност.
- Държавата продължава да плаща половината от здравната вноска, изчислена върху минималния осигурителен доход.
- Големият брой здравнонеосигурени 12 – 18%. Сред тях освен социално слаби, безработни след шестия месец, има и такива, които са демотивирани да се осигуряват.
- Отклоняването на близо 2 млрд. лв. от здравни вноски към държавния резерв.

- Основната тежест пада върху работещите, които плащат вноски, данъци и са подложени най-често под натиск за нерегламентирани плащания. Съответно те ползват най-малко услугите на солидарната здравна система. Няма и никакви преференции за достъп в системата.
- Назряващо напрежение в обществото между здравноосигурени и неосигурени.
- Сериозна част от административния капацитет на НАП се занимава с администрирането на процеса по събирането на здравни вноски и удостоверяването на здравноосигурителния статус.
- Влизането и излизането в системата също създава проблеми. От една страна, плащал си с години и когато прекъснеш 3 месеца, напр. поради безработица, не можеш да ползваш здравните услуги. От друга, може никога да не си плащал, но като ти се наложи, имаш бърз и лесен вход в системата.
- Демотивирани работещи и добре заплатени, които плащат данък общ доход върху целия доход, а здравни осигуровки до определения таван.

Предложение за решение:

Здравната вноска се приравнява с данък общ доход.

Ефект:

- Плащат всички работещи върху целия доход. В това число и освободените до момента.
- Изчезват категориите здравноосигурен и здравнонеосигурен, което елиминира разделението, пораждащо противопоставяне в обществото.
- Подобрява се събираемостта и се увеличава рязко размера на публичните средства за здравеопазване.
- Освобождава се административен капацитет на НАП.

2. Роля на НЗОК

Проблеми:

- В момента само преразпределя събраните от НАП средства като капитация, регулативни стандарти, фиксирани бюджети на болниците и лекарства.
- Увеличена администрация – в Централно управление и РЗОК.
- Надзор, доминиран от представителите на държавата.
- Частичен до липсващ ефективен контрол върху разходването на финансовите средства. Най-често само последващ и по документи.
- Липсващ контрол върху качеството на медицинските услуги, които касата заплаща.

- НЗОК е превърната в разплащателна агенция, която само заплаща фактурираната към нея дейност от договорните партньори.

Предложения за решение:

НЗОК да стане агенция или отдел към МЗ!

Въвеждане на електронно здравеопазване и електронни здравни карти.

Ефект:

- Лидерска роля на министъра на здравеопазването при провеждане на националната здравна политика.
- Контрол върху лечебните заведения се осъществява от Агенция медицински одит и Регионалните здравни инспекции.
- Премахване на тромавия, неефективен административен апарат.
- Достъп до качествено здравеопазване без оглед на социален и финансов статус, местоживеене и т. н.

3. Спешна помощ

Проблеми:

- Липса на кадри.
- Недостатъчно оборудване със съвременна апаратура.

- Амортизиран автопарк.
- Изпълняват основно ролята на санитарен транспорт до съответната болница.

Предложения за решения:

- Изграждане на модерна система за спешна медицинска помощ.
- Високоспециализирани болнични спешни комплекси.
- Съвременна материално-техническа база и апаратура.
- Интегрирана комуникационна система и телемедицински връзки.
- Мотивиране на медицинските кадри за работа в системата – по-добри условия за работа, квалификация, заплащане.

4. Първична и специализирана медицинска помощ

Проблеми:

- Заплащане без връзка с качеството.
- Средствата, заделени за тях, са малка част от общия бюджет на НЗОК.
- Липсват стимули за качествено лечение.
- Не се търси отговорност за ненужно изпращане на пациенти за болнично лечение.

Предложения за решения:

- Укрепване на системата на първичната и специализираната извънболнична помощ.
- Извеждане на дейности от болничната в извънболничната помощ. Значителен дял от случаите могат да се лекуват амбулаторно (до 20% от досега хоспитализираните).
- Строги критерии за хоспитализиране на пациентите.
- Заделяне повече средства за извънболничната помощ от общия бюджет за здравеопазване.
- Обвързване заплащането с качеството на лечение.
- Засилване ролята на превенцията и профилактиката.
- Засилен контрол върху пациентите с хронични заболявания.

5. Болнична помощ

Проблеми:

- Болниците се финансират основно на база преминали и лекувани лица, което е стимул за увеличаване на случаите на хоспитализация.
- България в момента е с най-голям брой легла за активно лечение на глава от населението, като този брой продължава да нараства, което е един от многото индикатори, показващи, че обслуж-

ването се основава прекомерно много върху болничното лечение.

- НЗОК е длъжна да сключва договори с новосъздаваните болнични заведения, което води до неефективна фрагментация на предоставянето на услуги.
- Новосъздадените лечебни заведения са специализирани в сферата само на високозаплатените здравни услуги.
- Пациентите се приемат в болница повече от веднъж в годината, което говори за неефективно финансово управление и лошо качество на здравната услуга.
- Много болници за активно лечение са натоварени с пациенти за продължително лечение.

Предложения за решения:

- Глобални бюджети с константна и вариабилна част. Константна част, определена на исторически принцип и вариабилна на база реален резултат!
- Заплащане по диагностично свързани групи (ДСГ)!
- Болници за продължително лечение и хосписи!
- Преразглеждане търговския статут на държавните болници и пререгистрирането им!

Ефект:

- Планиране, контролиране и ефективно използване средствата за финансирането на болниците.
- ДСГ освен по-справедливото разпределение на финансовия ресурс, създават и стимули за ефективно предоставяне на услугите и подобряват прозрачността на болничното финансиране.

6. Лекарствена политика

Проблеми:

- Разходите за медикаменти представляват 35% от текущите разходи за здраве в сравнение със средния за ЕС от около 25%. Увеличение с повече от 10% на година е несъразмерно високо спрямо общото увеличение на разходите за здраве.
- Разходите за лекарства, заплащани със собствени средства от пациентите, са много високи в България и фактически представляват повече от 70% от разходите на домакинствата за здраве.
- Не се изписват медикаменти по международно непатентно наименование.
- Предписването на медикаменти често е необосновано и повлияно от маркетинговата стратегия на фармацевтичната индустрия.
- Включването на лекарствени продукти в реимбурсно-позитивния списък не винаги отговаря

на фармакоикономически критерии за ефикасност.

- Болниците закупуват медикаменти на различни, често доста завишени цени.

Предложения за решения:

- Прогенерична лекарствена политика, гарантираща достъпа до качествени и безопасни лекарствени продукти – насърчаване на рационално предписване на генерични лекарствени средства и борба с полипрагмазията.
- Включване на лекарствени продукти в позитивно-реимбурсния списък да става само на база фармакоикономически критерии за ефикасност.
- Контрол върху процеса на вземане на решения чрез публичност на стенограмите и протоколите от обсъжданията.
- Централизирани преговори с доставчиците на лекарства за отстъпки от цените на медикаментите.
- Използването на централизирани тръжни процедури за допълнително оптимизиране разходите за лекарства.

7. Контрол на качеството

Проблеми:

- Липсващи ефективни механизми за контрол на качеството.
- Недостатъчен и неквалифициран административен капацитет.
- Необвързаност на заплащането с резултата и качеството на здравните услуги.

Предложение за решение:

- Въвеждане на действащи системи за управление на качеството в лечебните заведения и за безопасност на пациентите, съгласно европейските изисквания.
- Перманентен контрол по спазване правилата за добра медицинска практика.
- Разработване на диагностично-лечебни алгоритми, което ще допринесе за подобряване на качеството на здравната помощ.
- Активна роля на съсловните и гражданските организации при контрола на качеството!
- Да се създаде независима от държавата система за обективен рейтинг на лечебните заведения, която да позволи на пациентите да имат реална оценка за качеството на обслужване и възможностите за лечение в отделните болници, клиники и отделения.
- Повишаване информираността на гражданите

за техните права и задължения. Гласност на случаите на корупция и наложените санкции.

- Преодоляване на негативното отношение и персоналните обвинения към лекарите, довело до уронване престижа на лекарската професия.
- Стимулиране на научните изследвания в областта на медицината и въвеждане на нови технологии.

8. Кадрова политика

Проблеми:

- Недостатъчен брой медицински специалисти. Особено – патологоанатоми, педиатри, анестезиолози, специалисти по здравни грижи.
- Огромни регионални диспропорции.
- Масова емиграция на лекари и специалисти по здравни грижи.
- Новозавършилите трудно специализират.
- Увеличава се средната възраст на медицинските специалисти.
- Масово се работи извънредно и на няколко места.

Предложения за решения:

- Изработване на дългосрочна политика за планиране, подбор, обучение, квалификация и развитието на човешките ресурси в здравеопазване-

то, съобразно с потребностите на държавата от медицински кадри!

- Регламентиран ред и условия за провеждане на специализациите и финансирането на след-дипломното обучение от държавния бюджет. Повишена ангажираност на държавата при провеждане на дейностите за продължаващо медицинско обучение.
- Справедлив механизъм за адекватно заплащане труда на медицинските кадри, който да премахне огромните разлики в заплащането между отделните специалности. Обвързване на заплащането с нивото на квалификация и резултатите от лечението. Увеличаване на трудовите възнаграждения до средноевропейски нива.
- Подобряване на условията на работа в системата на здравеопазването.
- Връщане доверието и морала в здравеопазването!

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В момента в България под прага на бедността живеят над 800 хил. души (по данни на Института за пазарна икономика). През 2014 г. минимална работна заплата са получавали 482 хил. работещи, а сега над 1 милион.

Изводи от доклада на Световната банка за здравната система в България през 2013 г.:

- ✓ Финансирането на системата на здравеопазването в България поставя все повече хора в риск от бедност.
- ✓ **Основна причина за увеличаващата се бедност в България е доплащането на медицински услуги с лични средства.**
- ✓ През 2007 г. плащанията със собствени средства съставляваха средно 6% от разходите на домакинствата. Ако плащанията от собствени средства надвишат 10% от разходите на до-

макинствата, те се смятат за катастрофални. В България такива катастрофални разходи се случват в 20% от домакинствата, сравнено със само 7% при домакинствата от страните от ЕС.

- ✓ **Финансовата защита, осигурявана от системата, е много ниска и бедните са особено уязвими.** Проведено през 2010 и 2011 г. тристепенно проучване на домакинствата показва, че много домакинства свиват разходите си за здраве като реакция на кризата. Фактически 40% от домакинствата с най-ниски доходи са заявили, че са преустановили **купуването на редовно приемани медикаменти** като механизъм за справяне с кризата (средното по този показател за всички домакинства беше 19%). **Други пропускат профилактичните прегледи, избягват да ползват лекарски услуги при заболяване (около 10% от домакинствата) и прекратяват здравното осигуряване (5%).**

Изводи от доклада на Световната банка за здравната система в България през 2015 г.:

- ✓ Според критериите на Световната банка за адекватна финансова защита плащанията със собствени средства от страна на пациентите не бива да надвишават таван от **15 – 20%**, докато

в България през 2012 г. те са **47%** или 3,8% от брутния вътрешен продукт. Допълнителните разходи за здраве, извън вноските, са над 5,3% от общия бюджет на домакинствата през 2013 г., докато в страните от Западна Европа е 3%.

- ✓ **Всяка година над 4% от населението обеднява поради допълнителните плащания.**
- ✓ „Тази липса на финансова защита тласка голям брой домакинства под прага на бедността – главно онези, които са близо до официалния праг на бедност, но дори и някои, които иначе биха били възприемани като заможни“, констатира от банката.

Тези факти показват, че неефективната система на здравеопазване в България освен до влошаване здравето на нацията, води и до допълнително обедняване на уязвимите и социално слаби групи от населението. Това засилва все повече и социалното разделение в обществото.

Акад. Лъчезар Трайков
СТРАТЕГИЯ ЗА ВЪЗМОЖНИ ПРОМЕНИ
В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Редактор
ИВАН ГРАНИТСКИ
Корица
ПЛАМЕН ТРАМПОВ
Коректор
ВИХРА МАНОВА

Издателство
„ЗАХАРИЙ СТОЯНОВ“
www.zstoyanov.com
e-mail: office@zstoyanov.com

Формат 16/60/90
Печатни коли 2,5

Печат
„МИГ ПРИНТ“ ЕООД