



Институт за
Социална
Интеграция

**FRIEDRICH
EBERT**
STIFTUNG

ВЪЗМОЖНИ НОВИ СТЪПКИ И ПОЛИТИКИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

СОФИЯ

2015 г.

Разработката: „**Възможни нови стъпки и политики в здравеопазването**” е резултат от съвместната реализация на проекта: „**Диалог и обществен дебат за промяна към демократични социални практики**” от Института за социална интеграция и Фондация „Фридрих Еберт” – бюро София.

Подготвена е от експертен екип на Института за социална интеграция в състав:

Д-р Емил Райнов (ръководител), **проф. д-р Радослав Гайдарски**, **Д-р Асен Златев**, **Д-р Таня Андреева - Райнова**, **Огнян Иванов**.

СЪДЪРЖАНИЕ:

Развитие на проблемите през годините	3
Същността на проблема	10
Варианти за решение.....	11
Вариант 3 – нашето предложение	13
Действия.....	14
Основни проблеми и решения:	
1. Финансиране на системата	14
2. Ролята на НЗОК	16
3. Спешна помощ	17
4. Първична и специализирана помощ	17
5. Болнична помощ	18
6. Лекарствена политика	19
7. Контрол на качеството	20
8. Кадрова политика	21
Заклучение	22

1. Развитие на проблемите през годините:

**„Здравето е неотменимо човешко право
и състояние на пълно физическо,
психическо и социално благополучие,
а не само липсата на болест или недъг.”
– Световна Здравна Организация**

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.

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.

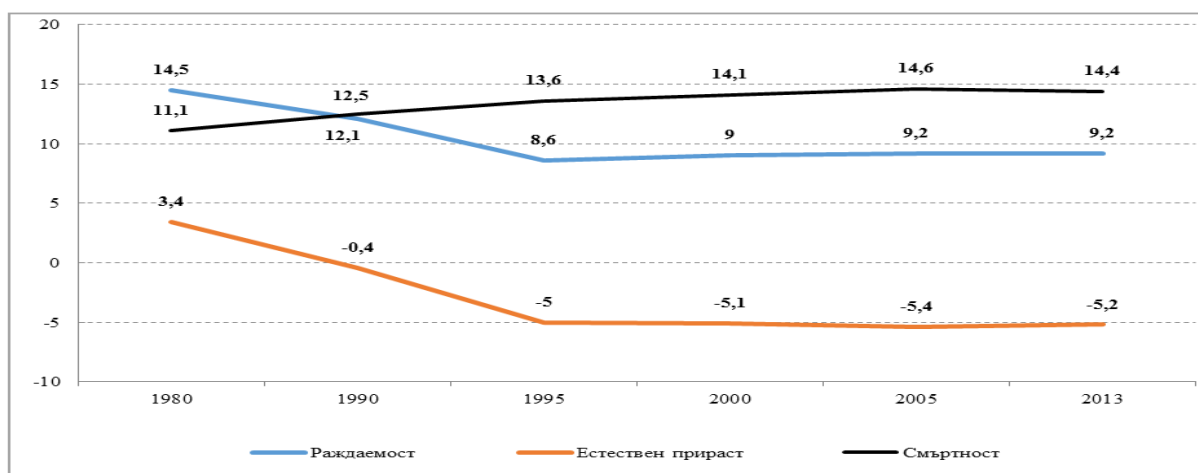
През годините на преход, в българското здравеопазване беше извършена смяна на модела на финансиране от данъчен с осигурителен. Въведоха се пазарни механизми във функционирането и управлението на системата. Наложиха се грешната представа, че държавата няма място и трябва постепенно да се оттегли от регулаторните 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. Здравния сектор е силно дефрагментиран, с разкъсани до липсващи организационни и структурни взаимовръзки 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 около 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 лекарски практики в медицински, диагностични и дентални центрове, повечето от които са частни. Лечебните заведения за болнична помощ са регистрирани като търговски дружества, като две трети от тях са държавна и общинска собственост, а една трета и около 10% от леглата са частни. На практика всички изпълнители на медицинска помощ имат сключени договори с НЗОК.

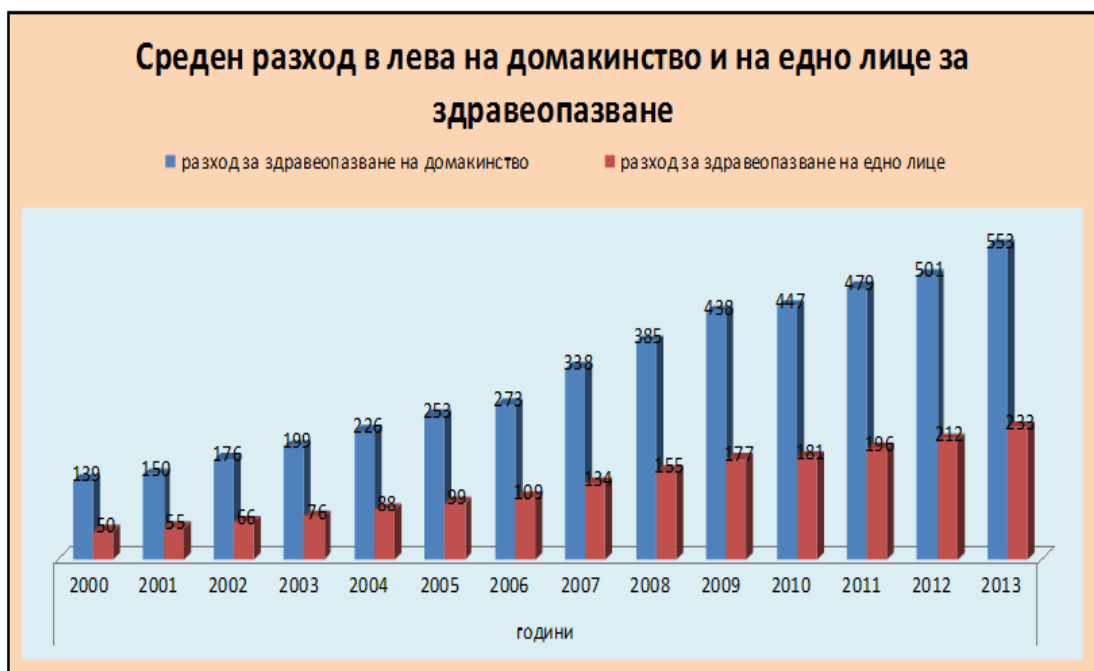
Изплащането на възнагражденията на общопрактикуващите лекари е на база капитация за пациент и такси за амбулаторни услуги. Плащанията на болниците е на основание изработени клинични пътеки по конкретни случаи.

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 ресурсите, 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. 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 – неравностепеността 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.
- Огромна е диспропорция в бюджета на НЗОК в полза на средствата заделени за болничната 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. Голяма част от болниците обслужват малко пациенти, което прави тяхната дейност силно неефективна и неефикасна.
- 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 2000г. насам, като през 2011 г. нивото е било толкова голямо, че на практика един от всеки 4-ма българи е бил хоспитализиран, а през 2014 почти всеки 3-ти.

- 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;
- Нормативния хаос стимулира корупцията, създават се регламентирано предпоставки за рекетъорски 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 нарастналия брой на здравнеосигурените лица;
- Лечебните заведения продължават да генерират задължения, които надхвърлят 500 мил.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 демографския 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 1 072 на 1 834 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 липсват 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 обезпечи 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 са диспропорциите 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 тежки 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 здравните 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. до сега, 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.

Основните нормативни актове в здравната система са:

Закон за здравето 2004г. – 60 поправки,

Закон за здравното осигуряване 1998г. - над 90 поправки,

Закон за лечебните заведения 1999г. – над 40 поправки,

Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите 1999г.,

Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането 2003г.,

Закон за здравословни и безопасни условия на труд 1999г.,

Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина 2007г.,

Закон за медицинските изделия 2007г.,

Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки 2003г.,

Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина 1998 г.

Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти 2005г.

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.

Показателни отрицателни примери са :

а/ **Закона за здравето** - приетите преди 3 години поправки на закона за сливане на РЦЗ с РИОКОЗ доведоха до тежки последици за организацията, комуникацията и управлението на общественото здравеопазване.

б/ Промените в ЗЛЗ доведе до реструктуриране на диспансерите в различни търговски дружества- МЦ, ДКЦ, специализирани болници и отне на населението диспансерната помощ и доведе до негативни резултати за здравето на нацията.

В последните години, надеждите за промяна на политиката в сектора бяха свързани с приемането на :

- Концепция за по-добро здраве;
- Концепция за развитие на спешната медицинска помощ;
- Концепция за реструктуриране на болничната помощ;
- Национална стратегия за демографското развитие на населението в Република България 2012-2030;
- Национална стратегия за намаляване бедността и насърчаване на социалното включване 2020;
- Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2013-2020;
- Национална здравна стратегия 2014-2020

За съжаление, голяма част от тези стратегически документи остават неизпълнени, поради липса на приемственост при утвърдилата се честа смяна, както на цели правителства, така и на ръководството на Министерство на здравеопазването.

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.
- Здравно осигурените се демотивират. Цялата тежест пада върху работещите – здравни осигуровки, данъци, преки плащания.
- Броят на болниците нараства въпреки наличната демографска криза и намаляващият брой на 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 социално-значими и заразни заболявания, следствие липса на профилактика, нарушения в имунизационния календар.
- Дълговете на държавните и общински болниците 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 вниманието от злободневните неща.
- Огромен дисбаланс между заплащането на лекарите. Нежелание от страна на собственика – държавата да регулира процеса.
- Проблеми в лекарствената политика – нарастване 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 – предлагани промени от сегашното управление!

- Премахване обществения характер на НЗОК. Увеличава се представителството на държавата в Надзорния съвет, като квотата и е достатъчна за вземането на решения.
- Липса на граждански контрол,
- Държавата продължава да бъде най-некоректния платец. Предвижда се чак 2026 година да се плаща пълния размер на здравната вноска за групите, които държавата осигурява и то на база минималния осигурителен доход.
- Засилване демотивацията на гражданите да участват в здравноосигурителния модел и увеличаване броя на здравнонеосигурените.
- Фиксирани бюджети на болниците, определени само на исторически принцип, водят до затруднен достъп на пациентите. Принципът „парите следват пациента” се променя на „пациента търси болниците с бюджет”.
- Създават се условия за непрозрачно разпределяне на обществения ресурс, както и съмнения за толериране на дадени (предимно частни) лечебни заведения за сметка на други.
- Разделянето гарантирания пакет от НЗОК на основен и допълнителен пакет, без предварително определени и обществено приети критерии, подкопава солидарността и равнопоставеността на здравноосигурителния модел. Пациентите със заболявания, попадащи в допълнителния пакет, формират листа на чакащите или трябва да

заплащат допълнително. Разделяне коректните здравноосигурени лица на такива чиито заболявания попадат в основния пакет и такива на които попадат в допълнителния, допълнително ще засили социалното разделение в обществото.

- Отказ от обществен дебат за проблемите в сектора. Командно – административен метод на управление – влошаване на качеството на здравеопазването.
- Несправяне с задлъжняемостта на болниците. Очаквани запори на сметките, реален риск от обявяване в несъстоятелност.
- Предложенията за обединение на лечебни заведения с различна собственост, както и с различни финансови показатели, без съответната финансова и юридическа обосновка е предпоставка за засилване напрежението и хаосът в сектора.

Вариант 3 – 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 отговорностите и 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 социално значимите заболявания.

- Цялостно преориентиране на здравната система към промоция на здравето и профилактика на болестите, а не само лечение на тежките последици 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 2014-2020.
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 закони 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 и качеството на медицинските услуги.
7. Промяна в Закона за лечебните заведения – отмяна на регистрацията им като търговски субекти.
8. Провеждане на лекарствената политика, гарантираща достъпа до качествени и безопасни лекарствени продукти
9. Дългосрочна стратегия за професионално развитие на медицинските кадри.

Основни проблеми и решения:

1. Финансиране на системата.

Осигурителния 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 , полицаите които имат възможност.
- Държавата продължава да плаща половината от здравната вноска изчислена върху минималния осигурителен доход.
- Големия брой здравнонеосигурени 12-18%. Сред тях освен социално слаби, безработни след 6 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.
- Голямо е напрежението 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 удостоверяване здравноосигурителния статус.
- Влизането и излизането в системата също създава проблеми. От една страна си плащал 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 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 здравно осигурен 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 28 РЗОК
- Надзор, доминиран от представителите на държавата.
- Частичен до липсваш 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 28 Регионални здравни инспекции.
- Премахване на тромавия, неефективен административен апарат.

3. Спешна помощ.

Проблеми:

- Липса на кадри.
- Недостатъчно оборудване със съвременна апаратура.
- Амортизиран авто парк.

- 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 обслужването 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 болниците 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.
- Централизиран преговор с доставчиците на лекарства за отстъпки от цените на медикаментите.
- Използването на централизиран тръжните 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 диагностично-лечебни алгоритми, което ще допринесе за подобряване на качеството на здравната помощ.
- Активна роля на съсловните и граждански 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 развитие на човешките ресурси в здравеопазването съобразно с потребностите на държавата от медицински кадри!
- Регламентиран ред и условия за провеждане на специализациите и финансирането на следдипломното 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!

Заклучение:

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

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

- 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 2007г., плащанията със собствени средства съставляваха средно 6% от разходите на домакинствата. Ако плащанията от собствени средства надвишат 10% от разходите на домакинствата, 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, избягва да ползват лекарски услуги** при заболяване (около 10% от домакинствата) и **прекратяване на здравното осигуряване (5%).**

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

- 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 те са **47%**, или 3.8% от брутният 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.

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!

Май – април 2015 г.

София

*Емил Райнов,
Радослав Гайдарски,
Асен Златев,
Таня Андреева,
Огнян Иванов*