

## **„Здравеопазването в България през 2030 г.: Какво искаме да бъде и как да го постигнем?“**

Д-р Радина Ал. Цекова – специализант Лицево – челюстна хирургия, УМБАЛ „Св. Анна“, Катедра по Орална и ЛЧХ

Проблемите в Българското здравеопазване са многобройни и решението им изисква организиране на множество срещи на мултидисциплинарни екипи, които да дискутират по темата, а предложенията да бъдат събирани, структурирани и стриктно анализирани с последващо приложение.

Ако направим кратък самостоятелен анализ на моментната ситуация в сектора, първия и основен проблем, който води, като пусков механизъм останалите зад себе си е именно ниското възнаграждение на лекарския труд. Прилагаме актуален пример: Лекар специализант в Германия получава минимум 2000- 2500 Евро в зависимост от региона на пребиваване, като към сумата не е добавено допълнителното възнаграждение за извънреден труд, включващо дежурства. В България колегите на същата позиция в най – добрия случай получават 700 лв., без право на допълнителни възнаграждения. От своя страна лекар – специалист в Германия започва с основна заплата минимум 3000 – 3500 евро. У нас на повечето места, включително университетски клиники, специалистите получават базова заплата, колкото специализантска.

От изложеното до тук можем да направим минимум два едномоментни, конкретни извода. Първият е, че поради неадекватното, почти еднакво заплащане на специализанти и специалисти, последните биват негативно настроени към новите си колеги и вместо да им подават ръка в първите им стъпки от реланата медицина, често се получава обратния ефект – опити за усъвърняване същността на младите колеги и потъпкване на самочувствието и авторитета им. Това от своя страна неминуемо води до дисбаланс в екипните взаимоотношения и негативен рефлекс върху работата, както и демотивация у специализантите. В този ред на мисли и поради описаните вече причини, утвърдените вече в дадено болнично звено специалисти съвсем умишлено не желаят да обучават по – младите си колеги. Първо, защото нямат финансов стимул за това и второ, защото са приели, че по този начин си създават неминуема конкуренция, а не добре работещ екип, подготвен да се справя с всякакви трудности. Поради липса или не добро управление на капитала има и редица болници, в които качествената апаратура, или дори наличието на каквато и да било такава е въпрос на истински лукс. Това прави невъзможно качественото изпълнение на редица процедури, стрес у работещите и нисък къмплаиънс и недоверие у пациентите. Постепенно се създава пълна дисоциация във връзката лекар – пациент, която обикновено стои в основата на абсолютно всеки лечебен процес.

На този фон много от младите колеги, както и много от вече утвърдените специалисти поемат по пътя за реализация в чужбина, колкото и по – труден да е той в началото. Тази масова емиграция на високо специализирани кадри представлява огромна финансова, биологична и интелектуална загуба за страната ни. От друга гледна точка това води до задълбочаване дефицита на медицински кадри от всички специалности, както и почти пълно изчерпване и риск от заличаване при някои от тях, например патолози, онколози, лицево – челюстни хирурзи и др. При последната посочена специалност е налице серозен допълнителен проблем. Почти във всички останали

европейски страни до специализацията по ЛЧХ се допускат само лица придобили двойна квалификация – магистри, както по медицина, така и по дентална медицина. В България се изисква диплома само за медицинско образование. Поради спецификата на работата в областта, обаче единствената диплома се явява твърде недостатъчна. Така се създават кадри, които не са достатъчно задълбочено подготвени и са административно и практически неконкурентни на западните колеги. От друга страна, ако някой реши сам да се доквалифицира с втора магистратура – медицина/ дентална медицина е задължен да изпълни пълен пакет на учебни часове, въпреки че вече има някои от тях, поради дублиране на част от учебните програми на медици и стоматолози. Освен това за 6 годишния си период на обучение за придобиване на втора магистратура са длъжни да заплащат годишна такса в размер на 7500лв . на година. Тези проблеми водят до пълен отлив от специалността и силно затрудняват нормалното протичане на диагностичен и лечебен процес на специфичните заболявания, от което пряко страда конкретния пациент, а косвено всички граждани на Република България.

Към проблемите няма как да не споменем и липсата на гайдлайни и ръководства за работа в повечето специалности, както и липсата на строго придържане към такива, когато са налични. Това води до дълбока абстрактност и несравнимост на лечебния процес при различните болни с един тип заболяване, в зависимост от лекуващия лекар, болница или град.

На фона на описаните, както и множество други проблеми в сектора, за задържане на квалифицираните кадри в страната и подобряване качеството на медицинските услуги предлагам:

1. Преразглеждане, коригиране и внедряване на нова финансова схема в системата на здравеопазването;
2. Подобряване на материалните бази в болничните звена;
3. Организиране на работни групи за създаване на национални гайдлайни и работни ръководства по всяка една специалност и стриктно следене за спазването им;
4. Въвеждане на втора Здравна каса;
5. Изчисляване съотношението пациенти / брой лекари от дадена специалност и набавяне на кадри в липсващите такива;
6. Финансово стимулиране на обучаващите кадри;
7. За специалността орална и ЛЧХ - въвеждане на изискване за втора магистратура медицина/ дентална медицина, която да може да се изпълнява по съкратена програма ( 4г.), подобно на други Европейски държави – Германия и то успоредно с началото на специализацията, като предложението ни е дипломата за второто образование да бъде придобита преди датата на изпита за вземане на специалност. Предлагаме за уместно и отпадане на таксите за втора магистратура, специално в този, извънреден случай;
8. Подобряване реномето на лекарите сред общата пациентска маса;
9. Въвеждане на изискване – хабилитираните и сега хабилитиращите се лица задължително да имат активна, ежедневна клинична практика, а в хирургичните специалности определена минимална месечна хирургична натовареност;
10. Авторите на медицински учебници и помагала задължително също да отговарят на критерий номер 9.

11. Създаване на интердисциплинрни професионални медицински клубове за презентации, дискусии и повишаване нивото на колаборация между кадрите;
12. Задължително присъствие на служител на реда към екипите за спешна медицинска помощ;

С дадения основен пакет от предложения се надяваме да поемем по пътя на създаване и утвърждаване на една нова система на здравеопазване в България, базираща се на добра клинична практика и създаване на мотивирани, зрели и отговорни кадри, които да се гордеят с най – хуманната професия, която са избрали – да бъдат лекари.