

**Уважаеми г-н Президент,
Уважаеми дами и господа Народни представители,
Уважаеми дами и господа Министри,
Уважаеми колеги,**

Едно от основните предизвикателства пред здравните политики в последните години е свързано с задоволяването на непрекъснато повишаващите се здравни потребности на населението с лимитирани (често недостигащи) финансови ресурси.

Именно за това в рамките на времето с което разполагам ще се спра на проблемите и взаимовръзките между финансови ресурси-качество и иновации.

Икономическата криза в последните години оказва допълнително влияние върху вземането на трудни решения свързани с осигуряване на необходимите ресурси за функциониране на системата и правилното планиране на финансовите ресурси на фона на намаляващите възможности на държавата и населението да покрива разходите, свързани с осигуряването на здравните услуги, както и на необходимите инвестиции. Намаляващите публичните разходи (или тяхното задържане на определени нива) за здраве при икономическа криза е свързано преди всичко с повишаване на броя на хората в неравностойно положение и влошаване на качеството на живот. Кризата оказва влияние и върху осигуряването на основните здравни услуги, което в бъдеще може да доведе до дестабилизиране на здравната система, намаляване на достъпа на населението до нея, проблеми свързани с качеството на услугите, демотивация на работещите в системата. Това в дългосрочен план може да доведе до повишаване на разходите за здраве, поради задълбочаващи се тенденции в негативното здравно състояние на населението.

Ефективно ли се разходват ограничените финансови ресурси? Малко факти:

Средствата за здравеопазване през 1999 г. (избрана е годината преди въвеждането на осигурителния договорен модел) са в размер на 320 544 000 лева, като през 2011 година те са 3 097 800 000 лева, т.е. имаме увеличение с близо 9 пъти. В същото време през 1999 г. на глава от населението са отчетени 5,4 прегледа в извънболничната медицинска помощ, съотнесени към 3,8 прегледа през 2011 г., т.е. имаме намаляване в рамките на 29,63%. Броя на хоспитализациите през 1999 г. е 1 233 960, а през 2011 г. са отчетени 1 705 163 хоспитализации или увеличение с 38, 19%. За последните три години 2009-2011 г. финансовите средства по различните видове помощ, показват увеличение в абсолютни стойности, както следва: 1) за първична медицинска помощ – с 28,34%; 2) за СИМП – с 22,37%; 3) за дентална помощ – с 25,29%; 4) за Медико-диагностични дейности – с 14,71% и за болнична помощ – с 30,77% (средства от НЗОК) и с 25,55% всички финансови средства отделяни за болнична помощ, включващи и тези от дреги министерства. Въпреки увеличението на финансовите средства няма отчетено значително увеличение на обемите на дейностите, които са в рамките на предходните години.

За да се оцени здравното състояние на население трябва да се споменат и следните факти: 1) Повишаване на средната продължителност на живота спрямо 1999 г. с 2,6 години; 2) Общата стандартизирана смъртност на 100 000 е намаляла от 1134,97 през 1999 г. на 932, 87 на 100 000, т.е. с 202, 1 на 100 000. 3) при анализиране на показателя стандартизирана смъртност от 20 основни причини за смърт при 17 имаме подобряване на показателите за сравнявания период, а при три – неоплазми на трахея, бронхи и бял дроб, заболяванията на храносмилателната система и хроничните заболявания на черен дроб и цирозите, те са се влошили.

На основата на тези факти бих маркирал следните изводи:

- въпреки сравнително високия брой ОПЛ в страната, нараства неудовлетвореността на населението от достъпа, организацията и качеството на предоставяните първични медицински грижи;

- основният брой лекари в доболничната медицинска помощ е съсредоточен в областите с добре развита инфраструктура.

- въведените механизми за стимулиране на работещите в т.н. „неблагоприятни практики” не дават положителен резултат;

- запазват се проблеми с обслужването и намаляването на възможностите за пациентите от своевременен достъп до специализирана медицинска помощ и евентуално болнично лечение свързано с регулацията на направленията за преглед при специалист.

- забавя се насочването на пациентите към специалист водещо до увеличаване броят на болните с късно поставена диагноза и възникващи усложнения, късна хоспитализация, скъпоструващо лечение и удължен болничен престой

- задълбочават се проблемите свързани с организирането на дейностите по оказването на неотложна помощ, създадената организация, особено в селските райони, не е на достатъчно добро ниво. Липсата на реално 24-часово обслужване на населението е причина все още не-спешни случаи да се приемат от Центровете за спешна медицинска помощ.

- не се наблюдава подобряване на дейностите по промоция на здраве и профилактика на болестите;

- поради различни обективни и субективни причини се наблюдава липсата на мотивация от страна на лекарите за придобиване на специалност по обща медицина.

- продължава липсата на добро взаимодействие между болничната и извънболнична помощ, както и между отделните заведения за извънболнична помощ.

- голяма част от лекарите-специалисти работят на няколко работни места, в т.ч. и в болнични заведения- няма осигурена равнопоставено и навременно покритие на потребностите на пациентите от специализирани прегледи. Едновременната ангажираност на голяма част от лекарите от извънболнична специализирана медицинска помощ и в болничната помощ оказва негативно влияние върху качеството на оказваната помощ.

- обща осигуреност със структури, болнични легла и медицински персонал е в приемливи граници, но е необходимо значително вътрешно реструктуриране, включващо намаление на броя на леглата за активно лечение и разкриване на легла за долекуване и продължително лечение, хосписи, легла за краткотраен престой, при ясно категоризиране и териториално разпределение на болничните заведения.

- финансирането на болничната помощ стимулира болниците непрекъснато да търсят начини за увеличаване на броя на преминалите болни с което да увеличават размера на своите финансови постъпления.

- невъзможността на извънболничната помощ да осигури необходимия капацитет от профилактични, диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности за населението води до насочване на населението към болнична помощ

- проблемите за качеството на медицинската помощ са в периферията на всички мероприятия, което е свързано както с повишаващите се оплаквания от страна на пациентите, така и с липсата на ясна политика в областта на акредитацията, медицинските стандарти, правилата за добра практика и не на последно място в инвестициите и тяхната оценка за въздействието им върху качеството.

- медицинското образование, следдипломната квалификация и продължаващото обучение продължават в последните години да следват стари

модели, учебни планове и програми от миналия век и не отговарят на съвременните изисквания и предизвикателства

- информационното осигуряване на здравната система е разпокъсано, неефективно с нарушени взаимовръзки, липсващи стандарти. Наличната здравна и икономическа информация не се ползва за анализи и прогнози, необходими за вземане на адекватни управленски решения. Напр. НЗОК е институцията, която получава информация от всички държавни структури и договорни партньори, но не подава на никой пълна и достатъчна по обем информация.

Като цяло здравната система в последните години се реорганизира и функционира сама за себе си, а не е насочена към потребностите на населението. Всички предприемани действия и реформи са свързани с функционирането и организирането на здравната система, а не със повишаване и подобряване на здравето на населението. Действията са насочени преди всичко към болестта, а не към здравето.

Решетието на тези проблеми изисква прилагането на нов иновативен подход и въвеждане на иновации, насочени към:

- **процесите** – въвеждането на нови или значително подобрени методи за предоставяне на здравните услуги, което включва значителни промени в технологиите, екипировката и информационното осигуряване;

- **организацията** – въвеждането на нови организационни модели, както в отделните нива на медицинската помощ, така и във взаимовръзките между тях (например груповите практики)

- **продуктите** – въвеждане на нови или значително подобрени здравни услуги или промяна в съществуващите – основен проблем пред нашето здравеопазване е т.н. основен пакет, който се финансира от НЗОК

- **финансирането** – въвеждането или подобряването на моделите и методите за заплащането на медицинските услуги

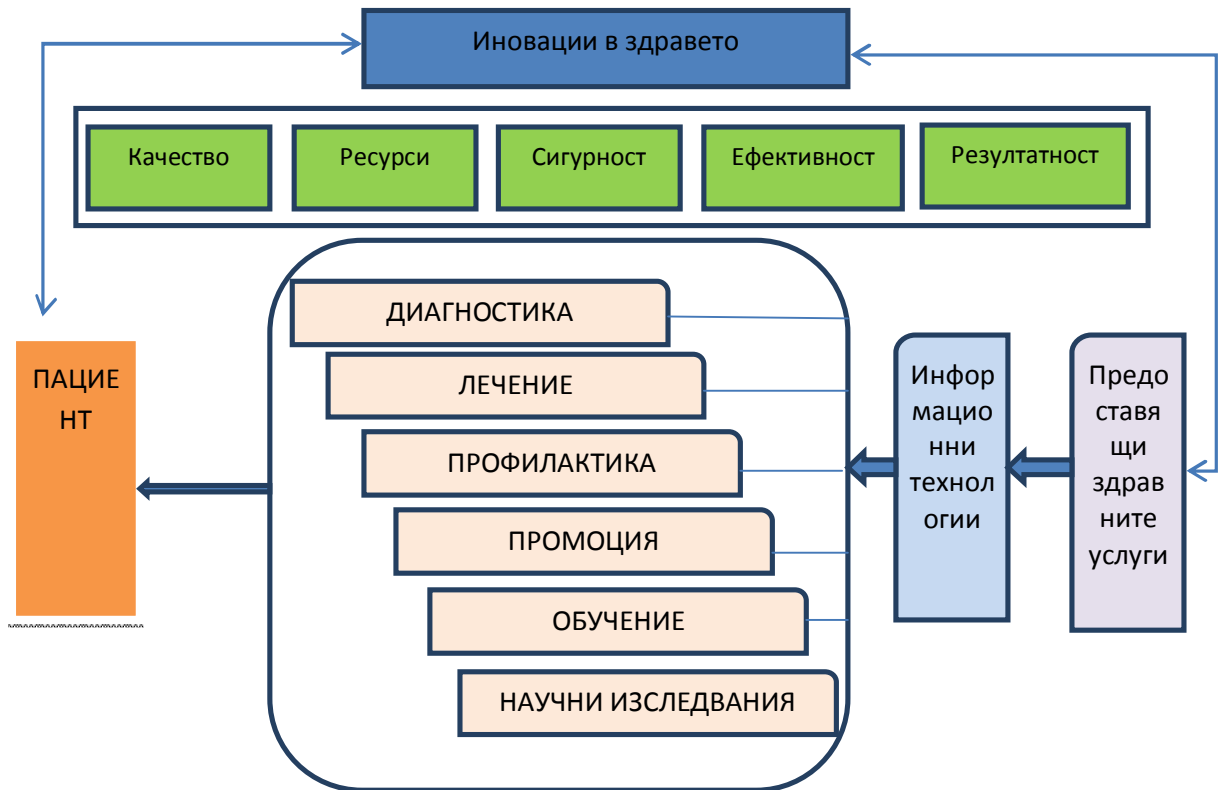
- **регулациите** – въвеждането или подобряването на регулативните механизми с цел осигуряване на достъпност и качество

Практическите стъпки са създаване на специализирана институция/и, която да работи в областта на здравните иновации, информационните технологии и оценка на здравните технологии и инвестиции.

Благодаря за вниманието!

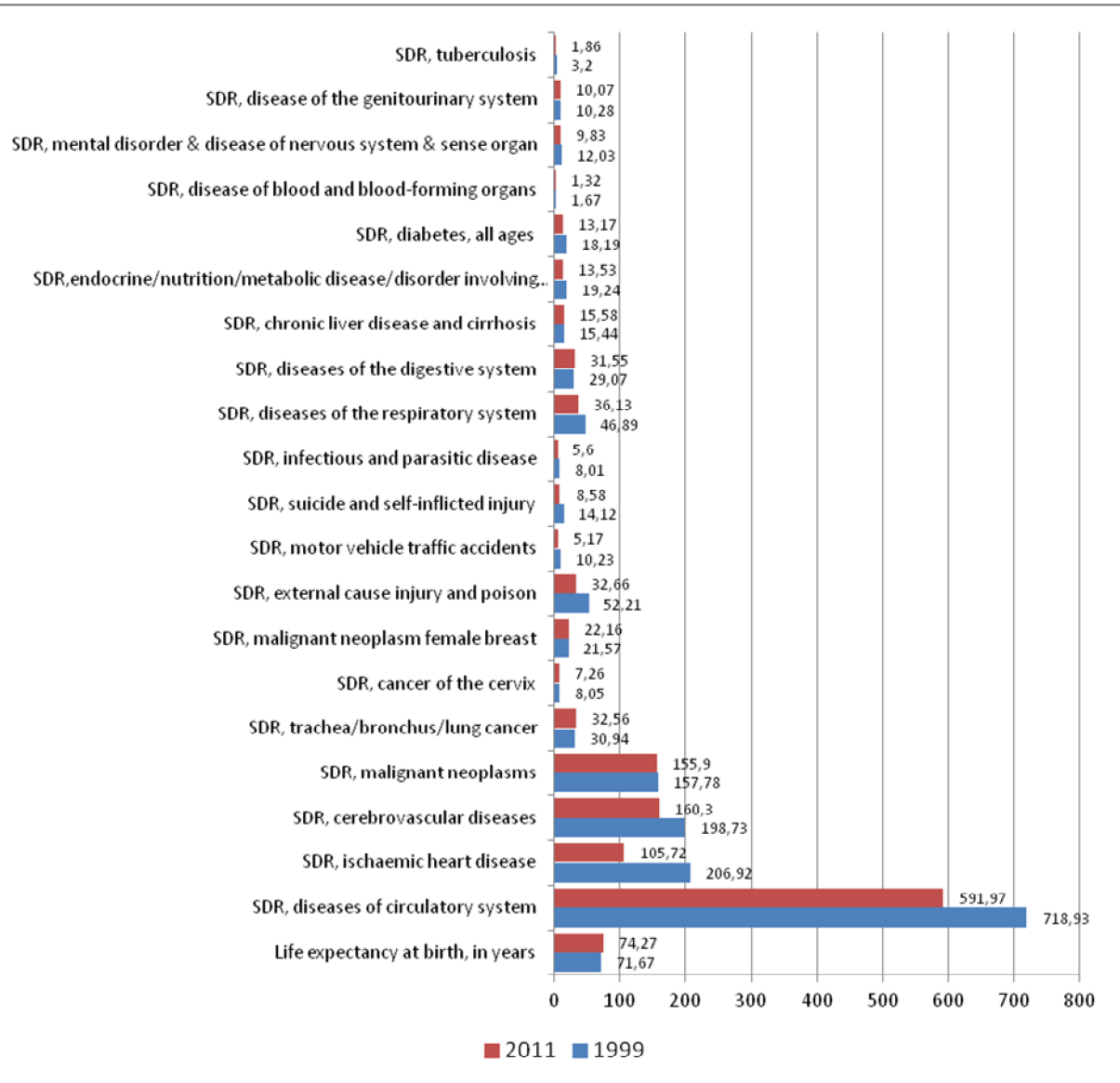
Приложения:

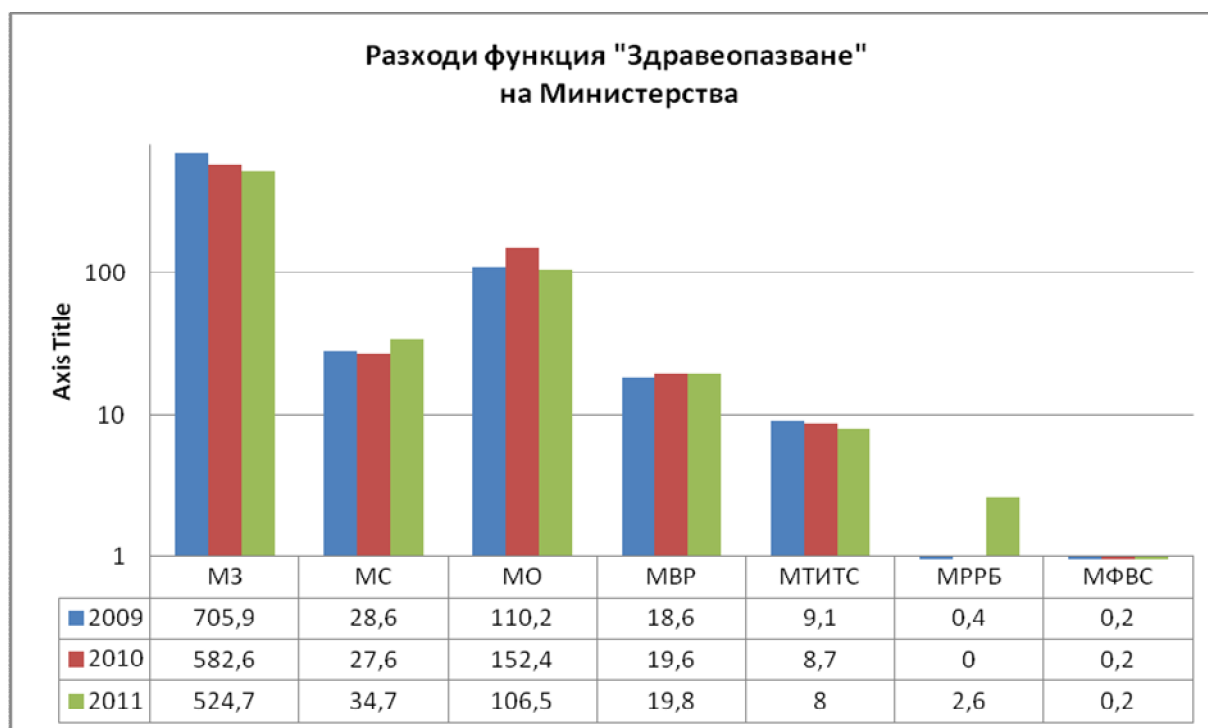
Фиг. Концептуален модел за иновации в здравеопазването (адаптиран модел по Vincent K. Omachonu and Norman G. Einspruch)



	1999	2011	Увеличение в %
Прегледи на глава от населението	5,4	3,8	-29,63%
хоспитализации	1 233 960	1 705 163	38,19%
лева	320 544 000	3 097 800 000	866,42%

Year	1010 Life expectancy at birth, in years	1320 SDR, diseases of circulatory system, all ages per 100000	1340 SDR, ischaemic heart disease, all ages per 100000	1360 SDR, cerebrovascular diseases, all ages per 100000	1520 SDR, malignant neoplasms, all ages per 100000	1540 SDR, trachea/bronchus/lung cancer, all ages per 100000	1560 SDR, cancer of the cervix, all ages, per 100000	1590 SDR, malignant neoplasm female breast, all ages per 100000	1720 SDR, external cause injury and poison, all ages per 100000	1740 SDR, motor vehicle traffic accidents, all ages per 100000	1780 SDR, suicide and self-inflicted injury, all ages per 100000	1820 SDR, infectious and parasitic disease, all ages per 100000	1830 SDR, diseases of the respiratory system, all ages per 100000	1850 SDR, diseases of the digestive system, all ages per 100000	1860 SDR, chronic liver disease and cirrhosis, all ages per 100000	1870 SDR, endocrine/nutrition/metabolic disease/disorder involving immune mechanism, all ages/100000	1880 SDR, diabetes, all ages, per 100000	1890 SDR, disease of blood and blood-forming organs, all ages per 100000	1900 SDR, mental disorder & disease of nervous system & sense organ, all ages/100000	1910 SDR, disease of the genitourinary system, all ages per 100000	1930 SDR, tuberculosis, all ages per 100000
1999	71,67	718,93	206,92	198,73	157,78	30,94	8,05	21,57	52,21	10,23	14,12	8,01	46,89	29,07	15,44	19,24	18,19	1,67	12,03	10,28	3,2
2011	74,27	591,97	105,72	160,3	155,9	32,56	7,26	22,16	32,66	5,17	8,58	5,6	36,13	31,55	15,58	13,53	13,17	1,32	9,83	10,07	1,86
	-2,6	126,96	101,2	38,43	1,88	-1,62	0,79	-0,59	19,55	5,06	5,54	2,41	10,76	-2,48	-0,14	5,71	5,02	0,35	2,2	0,21	1,34





Съотношение средства и дейност - 2011

