



Национална асоциация на частните болници

Член на европейския съюз на частните болници

София 1431, бул. "Акад. Иван Гешов" 15, НЦООЗ, ет.2, офис 31,
тел./факс - 952 1831, www.phabg.org,
e-mail: npha.bg@abv.bg

ДО
Г-Н РОСЕН ПЛЕВНЕЛИЕВ
ПРЕЗИДЕНТ НА
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

СТАНОВИЩЕ

Относно: Темата «Здраве и здравеопазване: ключови цели и решения»

Уважаеми г-н Президент,

Предлагам на Вашето внимание нашето становище във връзка с горепосочената тема.

Проблемите в здравеопазването са комплексни и на този етап не можем да ги разделяме, както финансово, така и структурно. Пътят на пациентите функционално преминава от семейните лекари през специализираната медицинска помощ до болничната такава, функции, които са силно взаимно зависими. Ето защо ние предлагаме комплексна идеология за надграждането на здравеопазната система:

I. Настоящи проблеми

1. **Финансиране:** Принципно недостатъчно, без регулирано разпределение със съответното ценообразуване за различните дейности. При сегашното структурно разпределение, средствата дори ограничени биха могли да бъдат с ефикасност.
2. **Семейни лекари:** Предвид обстоятелството, че финансирането в голямата си част е на база капитация, мисловната ангажираност при лекарите е в доходността и по-малко в качеството. Това довежда до свръхизползване на регулативния стандарт по направленията, както и в различия и неточност в диагностично-лечебния процес. Налице са

взаимни неодобрения между различните специалисти в извънболничната и болничната помощ, от което страдат пациентите.

3. Специализирана извънболнична помощ: В момента структурната регулация е нормална, но това се дължи и на факта, че повечето специалисти освен в кабинети работят и в болничната помощ. Това регулира диагностиката и лечението до приема на пациента в болничното заведение. Основен проблем е недофинансирането в различните специалности, което води до компенсиращи, ненужни прегледи за някои пациенти, с цел корекция на разходите за други пациенти, които имат необходимостта да бъдат преглеждани многократно, без това да е заплатено от НЗОК.
4. Болнична помощ: В по-голяма част от болниците е факт:
 - а) Задлъжнялост, както текуща, така и балансова;
 - б) Нерегламентирани плащания;
 - в) Евфемистично казано – слаб мениджмънт с неподготвени управленски кадри в 80% от болниците;
 - г) Компенсаторни ненужни приеми на пациенти, поради недофинансирането на клиничните пътеки, с липса на ценообразуване на труда на специалистите, което от своя страна води до нерегламентирани плащания или доплащания. Българските лекари са с добра клинична подготовка в сравнение със западните ни колеги, но финансирането е различно, както и апаратурната обезпеченост. Доста често в някои болници се закупува апаратура, която не е необходима или е много необходима, но пък не се използва ефективно.
5. Липсва възможност за реално обследване на лекарска недобросъвестност поради слабо изразена съсловна саморегулация. Също така и поради недостатъчни като количество и формат законови функции, дадени към съсловните организации и по-конкретно към БЛС.
6. Липсата на ефективна саморегулация води и до неефективното разпределение на публичните финансови ресурси.
7. Отсъства свободен, но регулиран пазар на медицински дейности на базата на необходим брой леглови фондове и специалисти за различните региони.
8. Все още доброволните здравни фондове, както и допълнителен задължителен здравен фонд не могат да заработят ефективно, поради различни, главно законови пречки.
9. И не на последно място – одържавяването на НЗОК и неосигуреността на 1.2 млн. пациенти.

II. Предложения за решаване на някои от проблемите

1. По отношение на финансирането предлагаме:

Да бъдат описани възможностите за увеличаване на средствата за здравеопазване. Първата възможност е чрез пренасочване на такива от други пера на обществения разход, посредством увеличение на здравноосигурителните вноски или данъците. Необходимо е обаче, въпросът за „*подходящото ниво*” на финансиране, да се постави на широка дискусия в текущия дебат на реформата.

На практика „*подходящото ниво*” на финансиране зависи от стойността, която се придава на здравето и здравеопазването, разгледани сами по себе си или в сравнение с други сфери на обществения разход. Накратко отговорът не се основава на математически формули, а на политическо решение.

Втората възможност е контролиране разхода на здравеопазване с прилагане на стратегии, които оказват влияние на търсенето или предлагането на здравни услуги. Основният подход за влиянието върху нивото на търсене на здравни услуги е **поделянето на разходите**.

2. По отношение на семейните лекари:

Предложението ни е реорганизиране на методиката на прием, като плащането на капитация да стане за лица до 18 години и над 65 години, т.е. децата и пенсионерите, а за лицата на възраст между 18 и 65 години да се заплаща за дейност. По този начин старанието ще бъде към качеството, което неминуемо ще доведе след себе си до приходност.

3. По отношение на специализираната извънболнична помощ:

Според нас е необходимо да се премине на амбулаторен случай. Това ще повиши качеството и ще се избегнат вторичните, понякога ненужни прегледи. Освен това, здравноосигурените лица, на възраст между 18 и 65 години, /работещите/ трябва да имат възможност за пряк достъп до специализирана помощ без направление от семейния лекар. Това може да стане чрез малка промяна в Наредбата за достъп, като бъде въведено 30 % доплащане в рамките на амбулаторния случай. Това ще доведе до:

- икономия на средства от вторичните прегледи;
- повишаване на качеството при специалиста;
- повишаване на качеството при общопрактикуващия лекар, поради факта, че може да бъде прескочен;
- Директният достъп до специалиста е удобство за пациентите, ангажирани в работен процес

За постигане на по-горе посочената цел е необходимо и спешното въвеждане на електронна здравна карта на ЗОЛ.

4. По отношение на болничната помощ.

Решаването на проблемите е комплексно. За да избегнем основния проблем за неконтролируемото нарастване на лечебните заведения за болнична помощ е необходимо здравната карта да се създава чрез брой легла в съответно населено място или регион, съобразно демографски и епидемиологични проучвания. Броят на леглата трябва да бъде определен оптимум за съответния регион. Броят на болниците, в които ще бъдат тези легла няма никакво значение. Това би могло да стане чрез освобождаване на пазара, под контрола на държавно регулиране. Принципът „парите следват пациента” и свободния достъп на пациентите до лечебно заведение ще определи кои болници ще продължат да функционират ефективно. Освен държавен, контролът може да бъде извършван и от самите медицински специалисти от съответните съсловни организации, т. е. саморегулация.

Предложението ми е в системата на монопол на НЗОК, която създава неблагоприятни ефекти за изпълнителите на здравна помощ да започне внимателна демонополизация. Препоръчително е основен финансиращ източник да продължи да бъде НЗОК за основния пакет медицински дейности. Въвеждането на втори стълб като, допълнително, задължително здравно осигуряване:

Мерки:

- Надграждане на основния пакет за медицински дейности;
- Въвеждане на доплащане първоначално в доболничната помощ, чрез Наредбата за достъпа до медицински услуги;
- Въвеждане на участие на гражданите с лични средства в разходната част в болничното здравеопазване.

Това автоматично ще доведе до въвеждането на трети стълб в доброволните здравноосигурителни фондове.

Освобождаването и на пазара на медицинските дейности, като той остане държавно регулиран, би довело до по нататъшно демонополизирание на НЗОК. Бюджетът на НЗОК задължително да се отдели от консолидирания бюджет на държавата. Да се преустанови практиката вноските от държавата да се внасят директно във фискалния резерв. Солидарният принцип на здравноосигурителната система да се запази и държавата да бъде солидарна, а не налагаща неравнопоставеност спрямо останалите осигурители. Държавата да бъде равнопоставена по отношение на задълженията си при определяне на размера, обхвата и реда за внасяне на здравните вноски на лицата, които осигурява.

Частните болници не бива да бъдат неравнопоставени, тъй като те винаги ще бъдат естествен регулатор и стимул в конкуренцията между лечебните заведения и съответно те са предпоставка за подобряване на качеството в медицинското обслужване.

Именно, поради тази причина въпросът за приватизацията на лечебните заведения, трябва да бъде доразвит и стимулиран. Към момента, само 14% от легловия фонд в болниците са с частна собственост. За сравнение във Франция, този процент е 50%, в Германия – 35%, а в Италия – 75%. Средно за страните в Европейския съюз процентът е 45%.

Оптимално решение на този проблем е чрез публично-частно партньорство, като сградовия фонд да остане държавен или общински, а структурите работещи там – изцяло с частна собственост. В никакъв случай не препоръчваме публично- частно партньорство от смесен тип в един и същи сградов фонд.

И не на последно място е необходима неотложна промяна на Закона за съсловната организация, създаване на нови законови функции и структури на БЛС със статут на лекарска камара. Това е едно от първите действия на управляващите, с цел да се постигне саморегулация при лекарите в Република България.

С поздрав:

Доц. д-р Стайко Спиридонов, д.м

Председател на

Националната асоциация на

частните болници