



**ДО д.ик.н. Анна- Мари Виламовска  
Секретар по здравеопазване, образование и наука  
на Президента на Република България**

## **СТАНОВИЩЕ**

### **по темата „Здраве и здравеопазване:ключови цели и решения**

През последните 20 години в Българското здравеопазване бяха извършени промени почти идентични на тези в останалите бивши социалистически страни- смяна на модела на финансиране от данъчен с осигурителен, и въвеждане на пазарни механизми във функционирането и управлението на системата. В новите обществено-икономически условия здравеопазването не можеше да продължава да се развива както преди, но важно е какви цели си поставихме, с какви средства се опитвахме да ги постигнем и какви са резултатите днес.

Здравната система имаше своите недостатъци, но имаше и сериозни предимства, основното от които беше нейния дълбоко социален характер.

С предприетата здравна реформа не се положиха усилия да се съхрани позитивното от българското здравеопазване и да се опрем на историческия опит и традиции. Този подход не позволи да се анализират предприеманите промени в здравните системи на развитите страни в настоящия етап. Така беше пропуснат историческия шанс да надградим и развием системата.

#### **Какви са причините за незадоволителните резултати.**

Всяка здравна реформа, за да бъде успешна преследва няколко **основни цели:**

- осигуряване на гражданите по- добри възможности за избор на качествени здравни услуги;
- по- ефективно управление на все по- ограничените в глобален план здравни ресурси;
- по- справедливо възнаграждение на здравните специалисти в зависимост от реалния принос на всеки за подобряване на здравните показатели на населението.

Основната причина за неуспехите по пътя на реформиране на здравната система е че беше извършена **подмяна на целите със средствата на реформата.**

Политиците на прехода бяха пленени от атрактивни средства като смяна на модела на финансиране от данъчен с осигурителен, свободен пазар, свободен избор на лекар, договаряне на обем и цени на здравните услуги, реструктуриране. Тези средства водеха до постигане на **единствената цел- разграждане на съществуващата система за здравеопазване,** вместо нейното развитие и адаптиране към новите обществени и икономически реалности. Всичко това бе възможно да се случи поради липса на всякакви експертни и научни доказателства за необходимите реформи в здравната система преди тяхното начало и на ефективна система за публичен контрол върху хода и резултатите. Българското общество днес заявява открито своята оценка за резултатите от реформите в здравния сектор- недоволни са гражданите, недоволни са и голяма част от медицинските специалисти.

Подменените цели на реформата доведоха до фетишизиране на смяната на модела на финансиране с осигурителен и възложиха на него автоматичното решаване

на всички проблеми на системата и на общественото здраве. Самата смяна на модела на финансиране завари и обществото и здравната система еднакво неподготвени. Едните очакваха да получат много повече и по-качествени здравни грижи, а получиха по-малко, силно бюрократизирани и на по-ниско професионално ниво. Лекарите виждаха в новия финансов механизъм панацея за решаване на финансовите проблеми на здравеопазването и на самите тях. Поради това те очакваха готови рецепти и не търсеха възможности за организационни решения на повечето от съществуващите в здравеопазването проблеми, които самите те могат да решат.

**“Ефективността” от сменения модел на финансиране днес се измерва в пъти повече инвестирани обществени средства за неизвестно количество и с незадоволително качество здравни услуги.**

Здравноосигурителният модел на финансиране има голямото предимство да стимулира качеството на здравните услуги. Със смяната на модела на финансиране качеството на медицинските услуги не се подобри, или поне не на нивото на очакванията на гражданите. Не трябва да се пренебрегва и задълбочаващата се тенденция добрата медицинска практика да се обвързва единствено със заплащането, а не с принципите на професията, което създава напрежение между лекаря и пациента. Случаите, при които и тази добра медицинска практика не е налице като възможно оправдание за извършените плащания превръщат това напрежение в открита неприязън и отчаяние от страна на потребителя. Всичко това доведе до прогресивно снижаване на мотивацията на все-повече граждани за солидарно участие чрез редовно внасяне на здравноосигурителни вноски.

**Финансирането на здравната система** се нуждае от сериозен анализ на необходимия и възможен размер на средствата за здравеопазване и на резултатите от сменения модел. Европейският път на развитие на страната налага да се запази и развива солидарния модел на здравно осигуряване. Българското общество заделя близък до средния за Европа процент от националния си доход за здравеопазване – около 8%. Ниският брутен продукт на страната, а не процентът от него е причина за невъзможността да се съизмерваме с европейските разходи за здравеопазване. За да се доближим до системите за финансиране в ЕС, трябва да се увеличат публичните разходи за здравеопазване и да се намалят личните разходи на гражданите, като държавата заеме своето място на равностоен участник в осигурителния процес по отношение на лицата, които тя осигурява. Годици наред държавата чрез планиране на излишък в бюджета на НЗОК се явява най-некоректния участник в здравноосигурителната система, а преди две години тя национализира 1,5 мил. лв. здравни вноски, което демотивира добросъвестните участници в системата да продължават да плащат своите здравни вноски. Публичните средства за здравеопазване са недостатъчни. Този извод се налага от факта, че кешовите плащания от пациента у нас са около 50% от общите разходи за здравеопазване, докато в Европа този процент е под 20%. Държавата трябва да преразгледа категориите граждани, за които е поела ангажимента да заплаща здравни вноски, да се освободи от заплащането на здравни вноски за лица с високи доходи и техните деца, за да поеме своите ангажменти към социално слабите категории граждани.

Всички възможни решения поставят предварително условие за актюерски разчети относно стойността на основния пакет здравни услуги. В разчетите на задължителното здравно осигуряване трябва да бъдат включени и разходите за т.н. скъпоструващи медикаменти и консумативи, които НЗОК не покрива при болнично

лечение, но без тях лечението не може да бъде проведено. Без актюерска оценка на риска е невъзможно да се определи необходимия размер задължителна здравна вноска, но тази оценка изисква достоверни статистически данни, каквито у нас липсват. Основни статистически данни като заболяемост на населението по обръщаемост за медицинска помощ не се събират, а болничната статистика е силно деформирана към високоплатените клинични пътеки. Дисбалансът между обема здравни услуги в основния пакет и финансовите възможности на НЗОК за неговото обезпечаване е очевиден факт. Това явление, ако не бъде коригирано с мотива за политическа целесъобразност, ще трупа само обществен негативизъм към здравното осигуряване изобщо. Поради предизвестения недостиг на средства от особена важност е да бъде засилен обществения контрол върху тяхното разходване. Един от лостовете за контрол върху разходите- доброволното здравно осигуряване беше елиминиран с опростенческото прелицензиране на дружествата за доброволно здравно осигуряване като застрахователни компании. Бъдещето на нашата здравноосигурителна система е неясно и фокусирано единствено върху политическото управление на средствата в НЗОК. Ние потвърждаваме своето виждане, че промените в здравноосигурителния модел трябва да следват пътя на надграждане на основния пакет здравни услуги по линия на задължителното здравно осигуряване като форма и етап на постепенна демонополизация на НЗОК. За нас този път преминава през въвеждане на допълнително задължително здравно осигуряване, с вноската от което да бъде финансиран надграждащ основния пакет здравни услуги. В това отношение беше направена първата стъпка с увеличаване размера на здравноосигурителната вноска от 6 на 8%, но не бяха разписани законовите промени за начина на разходване на тези средства, с което българското здравеопазване се лиши от 1,5 мил. лв. здравни вноски.

Принципът парите следват пациента е верен, но е научно обоснована теорията, че няма класически пазар на здравни услуги, че здравето е обществено благо, а не стока, поради което държавата е силен регулатор на процесите и взаимоотношенията на един деформиран пазар на услуги. Поради тези неоспорими аргументи най-важният въпрос, който трябва да се дискутира и намери решение е въпроса за **ролята на държавата** в развитието на здравната система. Философията за изтегляне на държавата, на “по-малко държава” в здравеопазването е невярна и води като краен резултат до дезертиране на държавата от нейните конституционни социални ангажименти. Тезата за “лошата държава” доведе до дефицит на държавност в здравния сектор. МЗ е институцията, която олицетворява държавата и затова неговата роля и отговорности са изключително високи. То трябва да генерира идеи и действия за развитие на системата, което в последните години не се забелязва.

Опитът чрез смяна на модела на финансиране да се решат всички проблеми на здравната система се оказа неуспешен. Проблемите на собствеността, на структурата, на управлението на здравната система на макро и микро ниво остават нерешени. Конституционните права на българските граждани на достъпна медицинска помощ и здравно осигуряване са вменени в дълг на държавата и тя не може повече да абдикира от решаването на тези наболели проблеми. Възможните решения са много. Въпрос на политическа воля е проблемите да бъдат ясно дефинирани, да се предложат за професионален и обществен дебат възможните решения и да се поеме политическата отговорност за избора. Според нас освен проблемите на здравното осигуряване няколко проблеми на системата трябва да получат спешен политически отговор и решения:

Няма аналог здравната система да е аритметичен сбор от търговски субекти, които в 90% ползват обществен финансов ресурс, както и доказателства, че тази структура на здравната система влияе позитивно върху организацията и качеството на

здравното обслужване. Световната практика е отредила на здравни заведения, вкл. болници, които ползват обществен ресурс статут на организации с нестопанска цел. В този контекст все още не е ясно ще има ли регулация на цените на здравните услуги в търговската джунгла на българското здравеопазване и каква е ролята на държавата в този процес. Идеята всеки изпълнител на здравни услуги /търговец по юридически статут/ сам да определя цената на услугите и да я променя своеволно не е добра поради монополното положение на изпълнителите и поради това, че почти всички ползват обществен ресурс. Тези произволни цени се налагат дори на граждани, които добросъвестно си плащат вноските по задължителното осигуряване, дори когато са с тежки заболявания, като онкологичните.

**Структурната реформа** на здравеопазването се извършва стихийно ,без ясна цел и очакван резултат. Извънболничната помощ е приватизирана във висока степен като дейност, а болничната помощ се развива във взаимно изключващи се тези: закриване на обществени болници и болнични легла, поради „надвишаване” на средноевропейските критерии и в същото време се откриват нови болници само в големите градове, в отсъствие на всякаква обосновка за тяхната необходимост.

Констатацията от някои автори, че реформата в **извънболничния сектор** е приключила, изисква задълбочен анализ на резултатите. Ако целта е била да се ликвидират обществените поликлиники, тя във висока степен е постигната. На тяхно място имаме раздробена извънболнична помощ, която не може да предостави комплексна медицинска услуга, каквато е целта на промените в здравните системи в развитите страни.

**Моделът на общопрактикуващия лекар**, който беше въведен не съобрази, че българите в големите населени места имаха първична помощ в екип от лекари / терапевти, педиатри, акушер-гинеколози/, каквато е и тенденцията в развитите Европейски държави и замаяната на този екип с единствен лекар, най- често неподготвен да се справи с огромните задължения, с които е натоварен е по- скоро отнемане на права, отколкото разширяване. Първичната медицинска помощ днес предлага сериозна загуба на време, забавяне в диагностиката и лечението, /потвърдени с нарасналия общ брой хоспитализации, както и на случаите с усложнения/, повече бюрокрация, отколкото медицина. Непрофесионално ограниченият достъп до специализирана медицинска помощ /липса на лимит/ крие голям риск за пациента. Доходите на общопрактикуващия лекар зависят от броя на осигурените лица / понякога даденост, а не избор, както е за селските райони/, и от отчитане на документи, а не от действително извършена работа. Неговата квалификация е далеч от желаната. Съдбата на пациента е изцяло в негови ръце. Задължително осигурените лица нямат права извън общопрактикуващия лекар.

**Неотложната медицинска помощ** в България остана понятие без съдържание, поради факта, че общопрактикуващият лекар не се ситуира като институция на първичната медицинска помощ, а в извънработно време, когато най- често се консумира неотложна помощ, той е само безуспешен опит за телефонна връзка на нуждаещия се пациент.

**Специализираната извънболнична медицинска е откъсната от стационара.** В близките години това ще доведе до деквалификация на кадрите. За това в западните модели на здравеопазване тя най-често е част от болницата. Административните и функционални връзки между стационар и поликлиника в миналото позволяваха специализираната извънболнична медицинска помощ да бъде част от интегрираните грижи за болния- поликлиника / стационар. Ако тя продължи да се развива единствено

като функция на първичната медицинска помощ е обречена на професионална деградация.

Към **извънболничните лечебни заведения** трябва да се повишат изискванията, за да може да бъде изведена медицинската помощ от гаражите и жилищните сгради и да предоставя интегрирана медицинска помощ, независимо от собствеността. Общините трябва да бъдат стимулирани да развиват, а не да ликвидират поликлиниките. Извънболничната помощ, особено първичните грижи са основно тяхно задължение в контекста на една сериозна местна социална политика.

**Болничната медицинска помощ** е в най- сложна ситуация. Основните въпроси, които чакат отговори са:

- Какъв брой болнични легла ще се финансират с обществени средства, какъв ще е техния профил и географско разпределение, така че да се гарантира справедлив достъп до болнична помощ;
- Как ще се финансира болничната помощ, както до сега с измислени цени на клинични пътеки, или ще потърсим обективни критерии, отразяващи реалните потребности от болнична помощ и средства;
- Какво очакваме от приватизацията в болничния сектор и с какво тя ще повлияе върху организацията и качеството на болничната помощ;
- Как ще се финансират капиталовите разходи и технологичното оборудване на болниците, за да могат те да отговарят на определени стандарти;

Болничната помощ нормативно е достъпна за всички задължително здравноосигурени лица. Те имат свободата да избират болнично лечебно заведение на територията на цялата страна, което е в договорни взаимоотношения с НЗОК.

Ограничения в достъпа до болнична помощ за редица случаи произтичат от това, че НЗОК не покрива разходите за т.н. скъпоструващи медикаменти и консумативи. Всяка болница прави своя интерпретация на този запис и всеки лекар определя вида, цената дори фирмата доставчик на въпросните медикаменти и консумативи. Този порочен начин на снабдяване в болниците, освен че затруднява болните, крие в себе си високо ниво на скрита корупция – срещу всяко назначение фирмата предоставя процент комисионна за лекаря и това е публична тайна.

Въведеният с наредба на МЗ „избор на екип”, поради липсата на ясен нормативен регламент, от право на пациента се превърна в негово задължение, чието неизпълнение води до отказ от лечение. Изборът на екип може да служи единствено като система за вътрешна оценка в ЛЗ на натовареността на всеки лекар при формиране на индивидуалното му трудово възнаграждение, за което не трябва да заплаща пациента, а този критерий трябва да бъде елемент от единна методика за формиране на трудовите възнаграждения на работещите в обществената здравна система, която МЗ е длъжно да изработи. С липсата на всякакъв регламент за формиране на работните заплати в обществената здравна система се допусна разлика в месечните възнаграждения между отделните медицински специалности от трицифрени до пет цифрени суми, което доведе до тежък дефицит на определени специалисти-патоанатоми, педиатри, анестезиолози и др.

За ограничаване на излишните разходи в болничната помощ е необходимо да се централизират доставките на медикаменти, консумативи и апаратура за обществената болнична система. Провежданите обществени поръчки във всяка болница водят до високи цени, излишен труд и време за провеждането им и до дефицити породени от процедурите по тях. Тази теза не е реминисценция от миналото, а Европейска практика на настоящето.

Структурата на всяка здравна система се определя не от пазарни, а от реалните потребности на населението от медицинска помощ. Държавата, чрез МЗ има задължението на база на тези потребности да осигури справедливо регионално разпределение на медицински специалисти и болнични легла и да гарантира равен достъп до медицинска помощ за всички граждани.

Най-безболезнения и правилен подход за реструктуриране **на болничната помощ** е общинските болници на територията на областта да бъдат интегрирани с областните болници и за всяка област да се разглежда структурата на болничната помощ като цяло, а не за всяка болница отделно. Областните управи и местните власти трябва да се ангажират пряко в реструктурирането, управлението и финансирането на здравната система в съответната област

МЗ е длъжно да изработи **националната здравна карта** и да я предостави на областите и общините, като стандарт за реструктуриране на здравната система. Националната здравна карта трябва да се изработи с разбирането, че тя включва оптималния необходим брой специалисти и болнични легла, които ще се финансира с обществени средства.

Собствениците на болниците трябва да поемат задължението за капиталовите разходи и инвестиции на база централно разработени стандарти за технологично оборудване, съобразно потребностите на населението. Държавата трябва да участва при финансиране на програмите за оборудване на болниците, тъй като тя е задължена да предостави равен достъп до квалифицирана медицинска помощ и това за някои общини и области е непосилно. Разхищение на обществени средства е наложилата се практика всяка болница да си купува скъпоструваща апаратура, за работа с която липсват квалифицирани кадри или тя се натоварва с половината от капацитета ѝ.

Необходимо е да се изработят критерии за потребности от болнични легла за **университетските болници** за целите на медицинското образование. Този проблем стои с особена острота в София. Статутът на университетска болница е важен относно завишения брой на лекари, който значително превишава необходимия за обслужване на болничните легла в останалите болници. Поради това те са изключително скъпи за издръжка структури. Броят на университетските болници и на леглата в тях не е обвързан с броя на студентите, които се обучават.

Строителството на **нови болници** не може да продължава като свободна стопанска инициатива, а трябва да се допуска единствено в контекста на обективна необходимост, когато ще се финансират с обществени средства. В противен случай ще наблюдаваме свръхконцентрация на болници в големите градове и лишаване на населението от лекари и болнична помощ не само в общините, но и в някои областни градове.

**Здравното обслужване на населението в селските райони с нищо не се подобри.** Напротив прекрасни здравни служби тънат в занемара, защото местните власти нямат ангажимент към здравеопазването. Цели общини от години нямат лекар, което не позволява на гражданите, които редовно заплащат здравни осигуровки да ползат необходимата им медицинска помощ.

Обвиненията за **„спрялата” реформа** съдържат в себе си натиск за приватизация на материалната база, като единствено решение на управленския дефицит в системата и като доказателство за „продължаване” и „финал” на здравната реформа. Идеята за приватизация съдържа и вариант за „приватизация на дейности”. Последната вече е реализирана в редица обществени лечебни заведения, най-вече болници. Там са настанени частни скенери, ядрено-магнитни резонанси, лаборатории, държавна апаратура е отдадена под наем. Липсва всякакво логично управленско обяснение за

тези действия. Приватизацията на обособени части от лечебни заведения е еднократно действие със съмнителен финансов резултат за системата.

**Управлението на здравната система** е на критично ниско ниво. Проблемите са както на макро, така и на микро равнище- лечебни заведения. Дефицитът на управленски знания и практики е виден, но не е единствената причина за неефективните решения. Твърде много лични и корпоративни интереси оказват влияние върху тези решения. Контролът на собственика – държава и общини върху излъчените от тях управляващи липсва. **Лошото управление на обществената здравна система се използва като мотив за промяна на собствеността.** Нито една Западно Европейска държава не предлага решения на управленските проблеми в общественото здравеопазване чрез приватизация.

**Акредитацията на лечебните заведения от система за гарантирано качество на здравните услуги се изроди в система за изплащане на хонорари на членове на акредитационни комисии и раздаване на звезди без покритие.** Ако не бъде коригирана и поставена на здрава основа, една необходима система за текущ контрол и стимул за качество на здравните услуги, каквато е акредитацията само ще консумира средства от оскъдните бюджети на лечебните заведения, без да влияе позитивно на тяхната дейност.

**Квалификацията на кадрите**, особено на лекарите застрашава да се превърне в сериозен проблем за здравеопазването. Системата за следдипломна квалификация е изцяло комерсиализирана без гаранции за професионално развитие. Четири години, новозавършилите лекари не можеха да специализират в отделните направления на медицината, поради това че МЗ не обявява процедура за специализация, дори срещу заплащане от самите лекари. Отворените врати на ЕС и дефицитът на медицински специалисти в повечето от тях, при несъизмеримо по- високото заплащане доведоха до изтичане и дефицит на медицински сестри, което вече се повтаря и при лекарите. Ако държавата не предприеме мерки за създаване на добра професионална среда за развитие на медиците ни в страната, в скоро време дефицитът на лекари в отделни специалности и като цяло ще доведе до сериозни проблеми не само в здравната система, а и в обществото.

Здравните реформи в развитите страни имат една ключова дума и тя е **пациент**. За съжаление в реформата на българското здравеопазване тази дума е забравена. Този подход на промени в здравеопазването неминуемо води до **криза в достъпа до здравни грижи**, което обезсмисля всяка реформа. С висока доза обществена отговорност и професионално неудовлетворение трябва да признаем, че **нашето здравеопазване днес е по- малко солидарна, по- малко справедлива и по- трудно достъпна система за българските граждани, в сравнение със здравеопазването преди началото на промените.**

Провежданата здравна политика в България, съпоставена с тенденциите на развитие на здравните системи в Западноевропейските страни задължава да поставим въпроса- здравната реформа доближава ли ни до модела на здравеопазване в “държавите на благоденствието” или следва диктата на глобалния пазар на “социални услуги”. Отговорът на този въпрос е сериозно предизвикателство пред политиките. Въпреки финансовите трудности, които изпитва целия свят пределно ясно е, че Европа няма да се откаже от общоприетите ценности в развитието на своите системи за здравеопазване, а Америка ще добавя повече солидарност в система си на здравно застраховане.

Проблемите на Българското здравеопазване не търпят отлагане. Решаването само на един от тях не може да доведе до обществено полезен ефект. Те трябва да се

разглеждат и решават като комплекс от мерки за подобряване ефективността в здравната система. Водеща роля в изработването и реализацията на политиките в здравния сектор трябва да заеме МЗ. Настоящият форум може да изведе най-острите проблеми пред българското здравеопазване. Намирането на верните решения ще стане, когато този дебат се конкретизира по всеки един от тях. Видно за всички е, че голяма част от проблемите не изискват финансови средства, а по - скоро социални рецептори за тяхното възприемане и политическа воля за решаването им.

Страната ни като член на Европейския съюз е задължена да се доближава до европейските стандарти на здравно обслужване, в противен случай здравната ни система остава извън Европа. По този въпрос е необходим политически консенсус и надмогване на всякакви корпоративни интереси за „реформиране” на системата в обратен на Европейския път на развитие. Програмата „Здраве за растеж” ни дава шанс да се възползваме от опита на страните членки на ЕС и от финансов ресурс за реализиране на решенията, които преценим за необходими на Българското здравеопазване.

13.09.2012 год.

д-р Мими Виткова  
Председател на АЛДЦЗО