

# Кратка версия на доклада за здравето на нацията през 2008 г.

## Въведение

Годишният доклад има за цел да изясни какво е здравното състояние на нацията през 2008 г., как се е повлияло от извършените действия и кои са факторите, които допринасят за неговата промяна в положителен или отрицателен аспект.

Изнесените факти в доклада са подкрепени със статистически данни от НСИ, НЦЗИ, Евростат, Базата данни на СЗО, официални документи, данни от научни проучвания, резултати от социологически изследвания, публикувани отчети на отделни институции, предоставени данни от МЗ и отделни експерти, както и мнения и оценки на работната група, съставила доклада.

Официалната статистика в страната предоставя информация за регистрираните заболявания: заразни, психични, предавани по полов път, туберкулоза, злокачествени новообразувания, както и водещите до временна, трайна неработоспособност и хоспитализации. От 2000 г. не се публикуват данни за регистрираната заболеваемост по обращаемостта поради промяната в първичната регистрационна документация и начина на отчитане след въвеждането на системата на НЗОК. Отсъствието на такава информация затруднява анализа на част от социално-значимите заболявания като се използват главно умирианията по причини. В същото време значителната по обем информация за хоспитализираната заболеваемост в известна степен е изкривена поради редица причини свързани с начина на финансиране чрез клинични пътеки.

Като цяло докладът очертава песимистична картина за състоянието на общественото здраве която се определя от липсата на интерес към въпросите на здравната промоция и предпазването от болести и насочването на огромната част от обществените ресурси към справяне с последиците от болестите вместо към тяхното предотвратяване.

Към това трябва да се прибави и хаотичното управление на системата на здравеопазване, което през последните години доведе до общо влошаване на качеството на медицинските услуги, затрудни достъпа и създаде неравнопоставеност при тяхното ползване. Липсата на желание от страна на предишните две правителства за продължаване на установените с консенсус в нашето общество насоки на развитие на системата, търсенето на алтернативни пътища, целящи по-скоро реформиране на реформата, а не реално развитие и надграждане на постигнатото през последното десетилетие, доведе до негативни последици за здравето на населението, които могат да имат дълготраен ефект в бъдеще.

С тази кратка версия на годишния доклад е направен опит да се очертаят някои особено важни тенденции в развитието на системата на здравеопазването без да се изчерпват всички възможности за интерпретация на информацията от цялостния доклад. Поради съпоставяне на данни от различни раздели структурата на доклада не е следвана напълно.

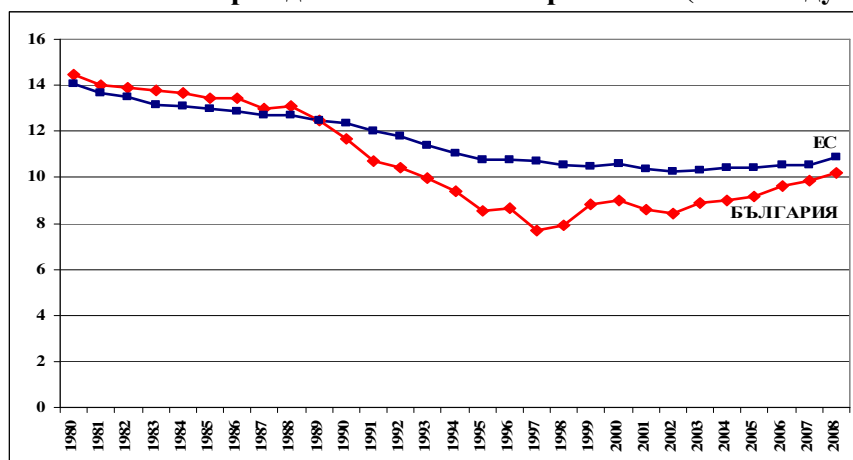
## 1. Здравно състояние на населението и основни здравно-демографски показатели

Към края на 2008 г. населението в България е 7 606 551 души. В сравнение с предишната година то е намаляло с 33 687 (0.4%). Като цяло демографските процеси в нашата страна се характеризират с трайна тенденция за намаляване броя на населението и неговото застаряване. Броят на икономически активното население е 4 806 000 души (63.2%). В сравнение с 2007 г. то е намаляло с 11 хил. души, намаляло е и населението в над трудоспособна и под трудоспособна възраст. В последните години се отчитат неблагоприятни тенденции по отношение на работната сила - абсолютният брой намалява и се променя структурата - увеличава се значително относителният дял на застаряващите работещи. Един от основните проблеми, породени от застаряването на населението у нас, е нарастването на патологията, свързана с напредналата възраст.

### 1.1 Раждаемост

През последните години раждаемостта бележи лека тенденция към нарастване (Фиг. 1), като през 2008 г. е 10.2‰ и спрямо предходната година е увеличена с 0.4%. Увеличаване на раждаемостта се регистрира както в градовете, така и в селата (съответно 10.8‰ и 8.7‰). Тоталният коефициент на плодовитост през 2008 г. е 1.48 деца и това е най-високата му стойност след 1992 г.

Фиг. 1. Ниво на раждаемостта в България и ЕС (на 1000 души)



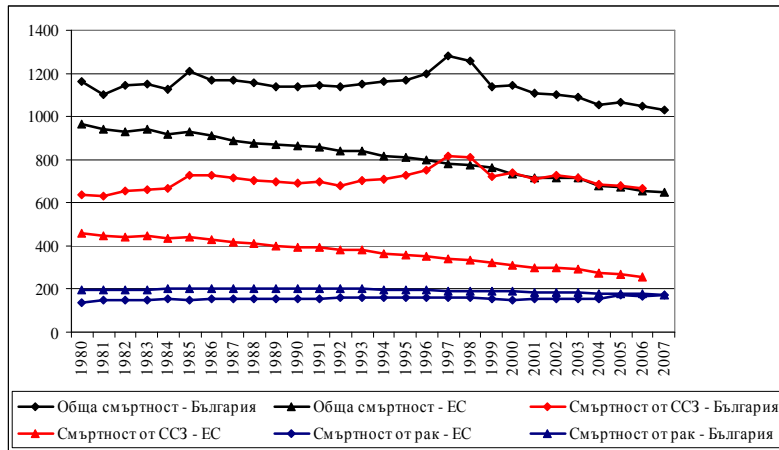
Въпреки това сред страните от ЕС България продължава да е страната с най-нисък естествен прираст (- 4.3‰). България е с един от най-високите показатели за смъртност (1028.5 ‰) сред страните от ЕС, като след нея са само Литва и Латвия.

### 1.2. Смъртност

В повечето европейски страни стандартизираният показател за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (648.2‰), като в страни като Естония, Унгария,

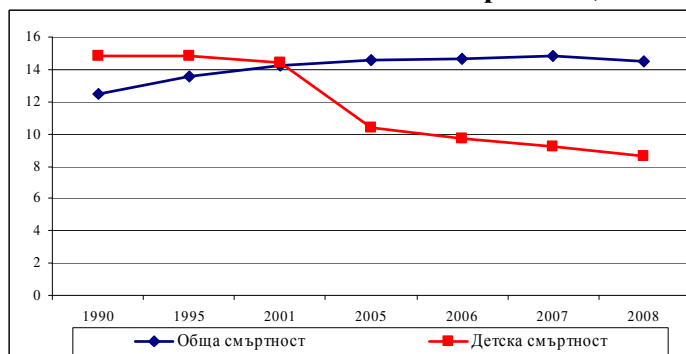
Полша, Румъния, Словения и Словакия той варира между 669.5‰ и 979.1‰.(фиг. 2):

**Фиг. 2. Стандартизирани показатели за обща смъртност и смъртност от някои заболявания в България и ЕС (на 100 000 население).**



Като положителен факт следва да се отбележи снижаването на нивото на *детската смъртност*. Динамиката на този показател показва пречупване през 2001 г. и постепенно намалява като през 2008 г. достига 8.6‰ (Фиг. 3). Това намаление е по-бързо в градовете отколкото в селата (съответно 7.6‰ и 11.6‰). Детската смъртност е показател, отразяващ качеството на медицинската помощ, но също така е пряко свързан с жизнения стандарт и здравната култура на населението. Независимо от отбелязаното снижение на нивото на детската смъртност у нас, тя е почти два пъти по-висока от тази в ЕС. През 2007 г. детската смъртност в ЕС е 4.6 на 1000 живородени. От страните в ЕС единствено Румъния е със значително по-висока детска смъртност от нашата – 12 на 1000 живородени през 2007 г.

**Фиг. 3. Показатели за обща и детска смъртност (на 1000)**



*Перинаталната детска смъртност* се задържа висока (10.5 на 1000 родени деца за 2008 г.) при 5.98‰ за страните от ЕС (2007 г.).

Тъй като в българската демографска практика и досега не са възприети изцяло критериите за „раждане” и „аборт”, препоръчвани от СЗО, има значително

изкривяване на информацията и изкуствено занижение на този показател. Според някои изследователи въвеждането на унифицирана с другите страни в ЕС методика за дефиниция на живороден плод, би довела до още по-големи отклонения на този показател, при това в неблагоприятна посока. Предвид на това, както и при спазване на сегашния темп на снижение, към 2015 г. България трудно ще достигне индикатор 8 на хиляда родени деца, каквато стойност ѝ е определена в „Целите на хилядолетието”.

Неблагоприятни в сравнение с ЕС са данните и за *мъртворождаемостта* (7.3‰ за 2008 г.). Висок е относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст поради факта, че не се откриват своевременно патологични състояния, причиняващи вътреутробна смърт на плода. Ражданията на недоносени деца са значително по-чести сред социално слабите слоеве на населението и при млади майки (под 20 и особено под 15 години). Стандартизираният показател за смъртността от *болести на органите на кръвообращението* за България е почти три пъти по-висок в сравнение с този за ЕС -(665.6‰ спрямо 256.0‰.) В структурата на този клас болести с най-висок дял са представени мозъчносъдовата и исхемична болест на сърцето (съответно 31.4% и 20.2%).

Сред умираанията по повод на *злокачествени новообразувания* водещи са заболяванията на ларинкса, трахеята, бронхите и белия дроб (21.7%), следват тези на дебелото черво (9.0%), стомаха (8.3%) и млечната жлеза (7.4%).

### **1.3. Болестност и заболяемост**

По отношение на *онкологичните заболявания* може да се отчете, че през 2008 г. нарастват болестността и заболяемостта от злокачествени новообразувания (съответно 3 437.6 и 426.0‰). Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1 156.6‰) и рак на женските полови органи (1007.2‰), а на заболяемостта – от рак на храносмилателните органи (106.6‰), рак на млечната жлеза при жените (89.2‰) и рак на женските полови органи (83.0‰).

Данните от репрезентативно изследване на *психичното здраве* показват, че 22% от населението или почти всеки четвърти българин е прекарал някакво психично разстройство през живота си. От тях само 19.7% са получили помощ от медицински специалист, което е два пъти по-малко отколкото в САЩ (41.1%). Тези стряскащи данни не съответстват на степента на разпознаването на *психичното здраве* като приоритет, което е все още на формално ниво. В системата на здравеопазването компетенциите на общопрактикуващите лекари, както и структурите и програмите, предназначени да обслужат емоционалното страдание и неговите психосоциални последствия, са крайно недостатъчни.

### **1.4. Детско здраве.**

Данните за *физическото развитие* на децата от 4-6 години показват, че при около 90.0% от тях то е в границите на нормата. Децата с акцелерация са 2 пъти повече от тези с изоставане във физическото развитие, но 11% са със снижена физическа дееспособност. Тревожен факт е обаче, че като цяло се регистрира снижаване нивото на физическата дееспособност сред децата. Много разпространени са свръхтеглото (средно 15%) и затлъстяването (средно 5%) като се

установява тенденция за тяхното увеличаване. Национално представително проучване през 2008 г. при деца от първи клас показва наличие на наднормено тегло при 30% от децата, от които 13% са със затлъстяване. Системата на обучение по физкултура/спорт в училищата е неефективна и не осигурява нужното ниво на двигателна активност в периода на растеж, съзряване и развитие на детския организъм. Материално-техническата база е в лошо състояние. 81,0% от децата и учениците желаят да спортуват, но не могат да осъществят това в своята естествена среда - училището. В резултат се оформя голяма рискова група (50,98% от популацията), в която са чести случаите на изразена хиподинамия, хипертонични реакции, гръбначни изкривявания, снижени капацитетни възможности на сърдечносъдовата система и др.

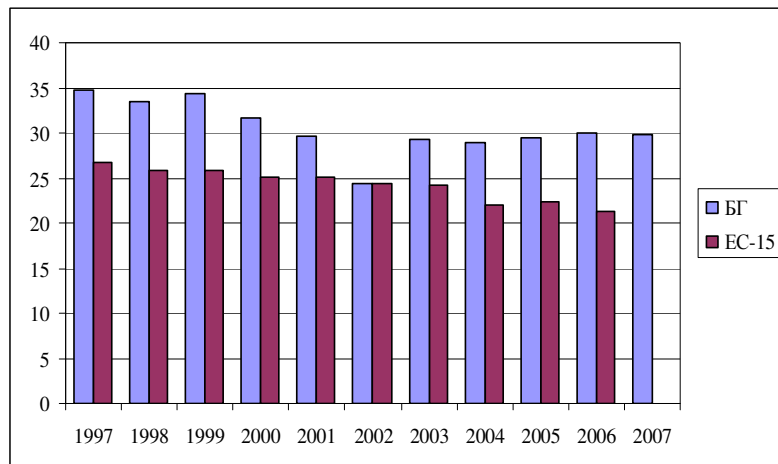
Заболеваемостта сред децата на възраст 0-3 г. е сравнително висока. Нараства хроничната неинфекциозна заболеваемост - 32,7% от децата са с хронични неинфекциозни заболявания, а 27,9% са фамилно обременени с такива. Най-чести са заболяванията на дихателната система с алергична етиопатогенеза - 51,1%. Чести са заболяванията и на нервната система - неврози (6,3-8,0%), емоционални и поведенчески разстройства (48,5%), заболявания на сърдечносъдовата система - най-често хипертония и хипертонични реакции, вариращи от 16,0 до 61,9% от децата. Зачестяват заболяванията от диабет - в България има над 3000 деца със захарен диабет, като повечето са с тип 1-инсулинозависим. Продължава тенденцията за висока честота на злокачествените заболявания при децата от 0 до 18 години. Повишава се и броят на новооткритите заболявания от активна туберкулоза - до 23 на 100000 през последните години.

### **1.5. Трудови злополуки**

През 2008 г. са станали общо 3 732 *трудови злополуки*, от които 161 са със смъртен изход, а 31 – с инвалидизация. Загубените календарни дни са 193 901. Сравнителният анализ на данните за *трудовете злополуки*, които представляват сериозна тежест в социално и икономическо отношение показва, че след въвеждането на превантивните подходи за осигуряване на здраве и безопасност при работа (ЗЗБУТ /1997 г). общият брой на трудовете злополуки, както и броят на изгубените календарни дни, съществено намаляват.

Заедно с това особено тревожно е увеличаването на трудовете злополуки със смъртен изход. Това противоречи на установената в страните от ЕС (Фиг.4) трайна тенденция за намаляване както на общия брой на трудовете злополуки, така и на тези със смъртен изход и трайна неработоспособност.

**Фиг. 4. Смъртност от злополуки в България и ЕС-15**



Увеличаването на трудовите злополуки със смъртен изход на фона на намаляване на официалната статистика за общия брой трудови злополуки свидетелства за ниско ниво на култура за превенция и на знания за здраве и безопасност при работа, недостатъчност на трудово-медицинското обслужване от Службите по трудова медицина, неефективен контрол на дейностите по здраве и безопасност при работа, както и вероятно скрит травматизъм, който не се отчита официално.

В последните години се обръща особено внимание на свързаните с труда заболявания – сърдечносъдови и злокачествени заболявания. За ИБС смъртността у нас е значително по-висока в сравнение със страните от ЕС с лека тенденция на намаляване, а по отношение на злокачествените заболявания тенденцията у нас е към увеличаване, за разлика от ЕС

### **1.6. Инвалидност**

Броят на лицата над 16-годишна възраст, признати за инвалиди през 2008 г., е 63087 или 9,71%. Относителният дял на инвалидизираните лица със загубена работоспособност 71-90% е най-голям (35%), следвани от лицата с 50-70% загубена работоспособност (29,4%), над 90% загубена работоспособност (24,3%) и до 50% загубена работоспособност (11,3%).

Най-честата причина за инвалидизиране са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 39,2% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (17,4%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (8,2%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (7,9%) и др.

При децата до 16-годишна възраст, през 2008 година са признати за инвалиди 3106 или 2,8%. Най-голям е дялът на децата с 50 до 90% загубена възможност за социална адаптация – 71,3%. Най-честата причина за инвалидизиране при децата са болестите на дихателната система (22,3%), болестите на нервната система (17,3%), психичните и поведенческите разстройства (15,8%) и вродените аномалии – 15,4%.

## 2. Основни детерминанти на здравето

Здравето на индивида и на населението като цяло се обуславя от сложното взаимодействие между редица фактори, които биха могли да се обединят в следните основни групи: социално-икономически, фактори на околната среда, поведенчески, медицински и генетични. Тук ще бъдат разгледани първите две групи.

### 2.1. Социално-икономически детерминанти

През последната година диференциацията на доходите нарастна. Това влияе на здравето на хората по два начина: най-бедните квинтили не са здравно осигурени и харчат по-голям процент от личните си доходи си за здравеопазване. Както се вижда от таблицата, докато нивото на разходите при плащане със собствени средства е от съществено значение за домакинствата в целия спектър на социално-икономическия статус, тези разходи създават сравнително по-тежко бреме за най-бедната част от населението. Една по-подробна разбивка на плащанията със собствени средства, според типовете на разходите е показана по-долу (табл. 1):

**Табл. 1. Плащания със собствени средства за медицинска помощ в България по квинтили на разходите (2007 г.)**

	1 (най- бедни)	2	3	4	5 (най- богати)
Годишни плащания със собствени средства за медицинска помощ, BGN	109.7	179.2	202.4	192.1	243.1
Плащания със собствени средства като дял от общите разходи на домакинствата	8.1%	8.2%	7.2%	5.3%	4.1%

*Източник: World Bank Living Standards Measurement Survey (LSMS), 2007*

*Работната заплата* формира над 50% от дохода на домакинството и по този начин продължава да бъде най-значителният източник на доходи за населението. Доходите от предприемачество и собственост са ниски (през 2008 г. те са формирали едва 6% от дохода на домакинството), т.е. населението продължава да разчита повече на доходите от наеман труд. Нискодоходната част от населението в по-голяма степен в сравнение с предишни години зависи от социални трансфери (43.5% през 2008 г.). Увеличават се разходите за жилища, вода, електроенергия и горива (най-вече поради увеличените цени на тока и водата) – от 8.8% на 13.9%.

*Безработицата* е един от най-важните фактори, пораждащи бедност. Нивото на бедност сред безработните лица е 21.4% през 2008 г., докато сред заетите е едва 5% за същата година. Един от най-големите проблеми на трудовия пазар е високият дял на продължително безработните в общия брой безработни лица, които през 2008 г. са 103.4 хил. Продължителната безработица обезсърчава

лицата, останали за дълъг период без работа и намалява цялостната икономическа активност на населението. Това води до намаляване на ефективността на използване на потенциалния трудов ресурс.

Основните проблеми в *образованието, свързани с бедността и социалната изолация*, са: напускане на училище преди нормативните възрастови граници за задължително образование, затруднен достъп до задължително образование на децата от бедни семейства, на децата от малки села и от ромската етническа група и закриване на училищата в малките селища.

## **2.2. Фактори на околната среда**

Въпреки наблюдаваната положителна тенденция към намаляване на вредните атмосферни емисии и подобряване качеството на *въздуха*, все още съществуват райони с екологични проблеми, в които концентрациите на атмосферните замърсители периодично превишават възприетите като “безопасни” нива и създават потенциален риск за здравето на експонираното население.

Опазването на *водоизточниците* от замърсяване и подготовката на *водата* за населените места не съответства на съвременното разбиране за добра производствена практика на водоснабдителите, свързано със значителни опасности от хигиенно-епидемичен характер. Липсва интегриран европейски подход, изискващ колаборация на различни структури за гарантиране правото на постоянен достъп до безопасна и чиста питейна вода във всички домакинства.

Водещи причини за подчертаната тенденция към влошаване на *акустичната обстановка в градовете* са: непрекъснато нарастващият брой на МПС при зле поддържана пътна инфраструктура, недостатъчният контрол, недобрата организация на движението, неадекватните градоустройствени решения, вкл. недостатъчното озеленяване и др.

Недостатъчната междусекторна колаборация в национален план в областта на безопасността на храните и недостатъчното оборудване на специализираните лаборатории с лабораторна техника се отразява неблагоприятно върху осигуряването на *здравословни храни* за населението. Определени задължения имат всички участници в хранителната верига, като основната и първостепенна отговорност е на производителите. Наблюдава се повишена обществена чувствителност към генетично модифицирани организми в храни, поради липса на достатъчна информация.

Резултатите от контролната дейност по осигуряването на *здравословни и безопасни условия на труд* показват частично или формално изпълнение на закона както от страна на работодателите, така и от службите по трудова медицина, недостатъчни знания на специалистите от службите по трудова медицина и от контролните органи, отсъствие на превантивна култура у работещите, влошават се демографските и здравните показатели на работещото население; предоставяното ТМО не отговаря на европейските изисквания и препоръките на СЗО; ограничен е достъпът на голяма част от работещото население до качествени трудово-медицински услуги; неудовлетвореност на работодателите и работещите от нивото и качеството на ТМО.

Очертаната картина на неблагоприятно ниво на общественото здраве се дължи освен на посочените социално-икономически детерминанти, но и на факта,



че населението на страната е “натоварено” с множество фактори на риска за здравето. Сред тях е и *тютюнопушенето*.

Резултатите от редица изследвания дават възможност да се счита, че в страната има: към 3 милиона пушачи; над 3 милиона мъже и жени с наднормено тегло; над 300 000 души зависими от алкохола; поне 345 000-360 000 български граждани от 15 до 60 години с минимум една употреба на наркотик през живота; 2/3 от населението е с ниска двигателна активност; има над 2 млн. хипертоници. Голям проблем е тютюнопушенето в младата възраст. Проучване през 2008 г. сред ученици на възраст 13-15 г. установява, че настоящи пушачи са 28.2%. Първата си цигара в 21.2% от случаите децата са запалили преди да навършат 10 години. Почти всеки пети пушач от възрастните е с хипертония, над половината от тях са с наднормено тегло и близо 1/3 - със затлъстяване, а 40.0% са с ниска двигателна активност.

По отношение проблемите на ХИВ и СПИН, резултатите от Европейския ХИВ-индекс (ENVI) за 2009 показват, че България трябва значително да подобри условията и грижата за хората, живеещи с ХИВ/СПИН. Проучването на здравните политики, насочени към хората с ХИВ-вируса, нарежда България на 25-о място от 29 държави. Слабият резултат се обяснява най-вече с недобрия достъп до лечение и подкрепа за хората – носители на вируса. Маргинализираните групи най-вече от ромската общност, употребяващите наркотици, предоставящите сексуални услуги и хората от ЛГБТ<sup>1</sup>-средите се сблъскват с допълнителна стигматизация и дискриминация, не получават безплатно лечение като останалите български граждани, което възпрепятства достъпа им до грижи, подкрепа и лечение. Допълнителни усилия са необходими и по отношение на лицата, лишени от свобода у нас.

### **2.3.Насоки за развитие**

Основните приоритети на бъдещата дейност за подобряване на здравното състояние на населението следва да бъдат насочени към повлияването на детерминатите на здравето, а не към повлияване на отделно взето заболяване или група заболявания. Така например повлияването на проблема със сърдечно-съдовите заболявания следва да бъде осъществено на базата на промяна на поведенческите фактори, осигуряване на достъп до своевременна и качествена медицинска помощ, навременна диагностика и лечение и адекватна рехабилитация. По отношение на детското здраве са необходими и специфични мерки, насочени към: актуализация на нормативната база и ефективен контрол на профилактичните прегледи; ранна диагностика на хроничните заболявания и непосредствен контрол върху здравето; въвеждане на задължително здравно образование още в детската градина; възстановяване на системата за професионално ориентиране на хронично болни ученици, на ученическите столове при спазване изискванията за здравословно хранене; тясно сътрудничество между личните и училищните лекари; разширяване на обхвата на детското население, включено в национални и европейски програми, гарантиращи добро здраве и др. Необходимо е разработването на Национална стратегия за подобряване на детското здраве с акцент върху промоция на здравето и профилактика на болестите.

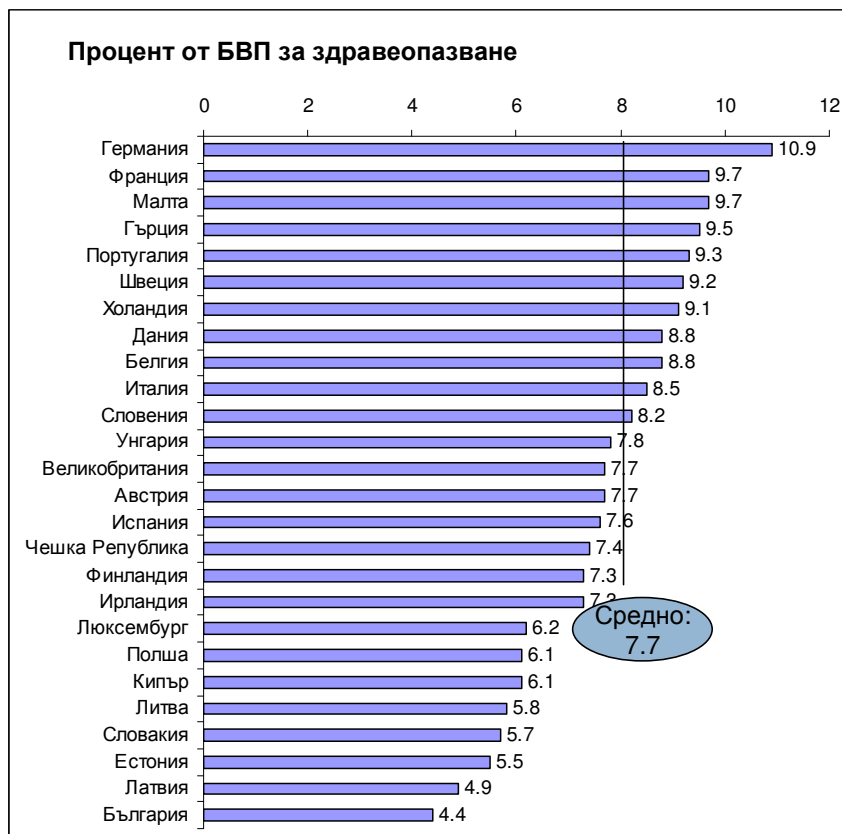
<sup>1</sup> ЛГБТ – Лезбийки, Гейове, Бисексуални и Транссексуални лица

Във връзка с подобряване на психичното здраве е необходимо да бъдат предприети мерки за: интензифициране на процеса на деинституционализация и развитие на психичноздравните услуги в общността; реално ангажиране на управленските институции в изпълнение на приетия План за действие към Политиката за психично здраве; създаване на система за мониторинг на дейността на службите за психично здраве; въвеждане на система за обучение за справяне със стреса на работното място и създаване на програми за обучение по проблемите на стреса в училищата и висшите учебни заведения; популяризиране на дейността на психичноздравните служби, борба със стигмата и дискриминацията; подобряване на финансирането на амбулаторната и стационарната психиатрична помощ; привличане и усвояване на европейските фондове за развиване на инфраструктури и технологии за новата, базирана в общността, психиатрия и за обновяване на институционалната материална база и практика; подобряване на квалификацията на специалистите за работа с тежките психични разстройства в общността.

### 3. Цената на здравето

Общественият ресурс, отделян за здравеопазването е ограничен и не се изразходва ефективно. България изразходва най-нисък процент от brutния вътрешен продукт (БВП) за здравеопазване в ЕС (фиг. 5):

Фиг. 5



През 2009 г. процентът на здравноосигурителните вноски - беше увеличен от 6% на 8%. Въпреки това, вноските остават по-ниски, отколкото в повечето други страни в региона, където средната внока е 10.5% от доходите. Малкото средства за здравеопаване не се използват ефективно.

До голяма степен, по-голяма част от него се разпределя за финансиране на високотехнологичното и скъпоструващо болнично лечение, въпреки че то се характеризира с постоянна задължнялост през последните години. За анализирания период е налице тенденция на запазване на високо равнище на просрочените задължения на лечебните заведения – търговски дружества, субсидирани чрез бюджета на МЗ. По отчет тези задължения възлизат на 33.6 млн. лв. през 2008 г. при 32.2 млн. лв. в края на 2007 г.

В резултат на завишените разходи в болничния сектор остават по-малко средства отделяни за дейности в извънболничната помощ и особено за промоция на здраве и профилактика на болестите. Ограничени са и финансовите средства за поддържане на дълготрайните активи в здравната система, като сгради, оборудване, инфраструктура. Остарялата материално-техническа база на държавните и общинските здравни и лечебни заведения също изисква значителен финансов ресурс за поддържане и модернизиране. За 2008 г. капиталовите разходи, направени чрез бюджета на МЗ, възлизат на 190.2 млн. лв., вкл. предоставените допълнително в края на годината с Решение на НС 50 млн. лв. Общият размер на извършените капиталови разходи е 232.7 млн. лв., което представлява ръст от 32.4% спрямо 2007 г. Въпреки това този ръст не е еднозначен.

В различни сектори (онкология) недостига скъпоструващо оборудване, което поставя под риск успешното лечение и животоспасяващи операции. Необходим е анализ къде са направени тези капиталови разходи и закупуване на скъпо оборудване, как се е преценявало къде да се правят капиталови разходи и дали навсякъде те са били уместни и необходими за сметка на други нужди.

### **3.1. Здравноосигурителни плащания.**

Сериозен и нерешен проблем е събираемостта на вноските и броя на неосигурените лица. Към 31 декември 2008 г. в страната неосигурените лица са почти милион (965 хиляди души). Причините за това са разнообразни като сред тях са ниската осигурителна култура след населението и слабата мотивация за участие в солидарния модел. Наличието на директни плащания от страна на пациентите в момента на потребяване на здравната услуга отслабва още повече солидарните нагласи. Трябва да се отбележи, че ниският размер на публичните разходи за здравеопазване, които се отделят от БВП, води до увеличаване на тези плащания.

Проучване на институт «Отворено общество» за размера на неформалните плащания на населението през 2006 г. показва, че общият сбор на неформалните плащания към личните лекари, специалистите и всички медицински служители в лечебните заведения възлиза на 75 464 909 лева. Цялата сума, която населението плаща от джоба си за получаване на медицински услуги е в размер на 160 129 443 лв. като в нея влизат както неформални, така и регламентирани плащания. В тази сума не влизат обаче средствата за лекарства, консумативи и медицински изделия,

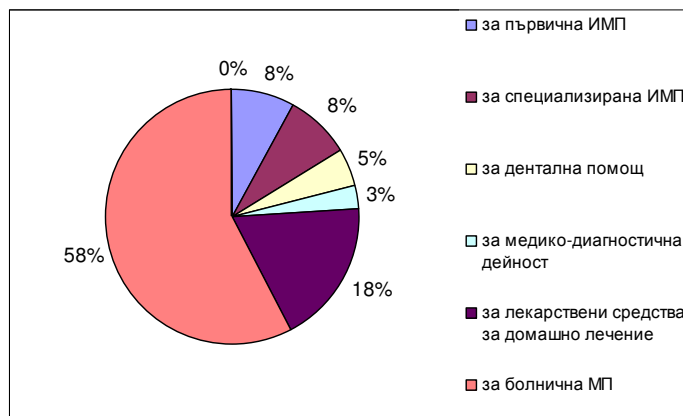
които регламентирано се заплащат от пациентите, която по някои изчисления възлиза на повече от 700 млн лева.

По този начин, към официалните 4.2% за здравеопазване от БВП се добавят допълнително заплатените от населението средства. Според експерти, това води до увеличаване на здравните разходи до 7.7% от БВП, което означава, че значителна част от насочения към системата финансов ресурс не може да бъде обхванат от официалната статистика и не позволява да се определят с по-голяма точност действителните здравни разходи. Все още е незначителна ролята на доброволното здравно осигуряване във финансирането на здравните услуги. Тук трябва да се отбележат и разликите между ДЗОД – едни са чисто застрахователни дружества, основани на изчисляване на риска и фактически паразитиращи върху системата на задължително осигуряване. ДЗОД нямат възможност да се развият, докато не се диференцира пакета – в момента всеки, който е осигурен в ДЗОД не е освободен от плащане на задължителна вноска в НЗОК.

### 3.2. Структура на здравноосигурителните плащания

И през 2008 г. болниците продължават да бъдат най-големият консуматор на финансови ресурси, като поглъщат повече от половината от средствата за здравноосигурителни плащания на НЗОК (фиг.6).

Фиг. 6.



Този факт придобива особено значение на фона на нереформираната болнична помощ. В резултат на този отказ от реформи през последните години се натрупаха редица проблеми, някои от които са споменати по-долу:

- ✓ “цените” на КП най-често не са съобразени с реалните разходи - част от КП са “подценени”, а друга – “надценени”, като стойността на КП не е обвързана с тежестта на заболяването, придружаващите заболявания и качеството на предоставеното лечение, което създава възможност за увеличаване хоспитализациите на болни по “доходоносни” КП и стремеж за вписване на диагноза, която е включена в КП с по-добро финансиране и ограничено хоспитализиране на възрастни, полиморбидни и рискови пациенти;
- ✓ стойността на пътеката не зависи от качеството на изпълнителя – тя е една и в болницата в Радомир и в Александровска болница.

- ✓ подходът на финансиране по КП се свързва с генериране на загуби от лечебни заведения, които лекуват комплицирани случаи;
- ✓ рискът да не се осъществи заплащане от НЗОК е свързан със съществена промяна в диагностичния процес – извършват се само диагностични дейности, които са вписани в алгоритъма на КП, включваща окончателната диагноза и в редица случаи се пропускат диагностично-лечебни дейности, които са необходими за уточняване на състоянието и комплексното лечение на пациента;
- ✓ продължава съществуването на нерационална структура на болничния леглови фонд по области и специалности;
- ✓ недостатъчен е броят на профилираните лечебни заведения за пациенти със завършило активно лечение (за долекуване и рехабилитация и др.);
- ✓ клиничните пътеки не включват най-често появяващите се усложнения при дадено заболяване
- ✓ наличието на съпътстващо друго заболяване (коморбидност) не може да бъде отразено и остойностено в рамките на един прием по дадена клинична пътека.
- ✓ при по-голямата част от клиничните пътеки водеща е процедурата, а не диагнозата, което създава условия за свръхпредлагане (полипрагмазия) на медицински услуги.
- ✓ не се спазва методиката на остойностяване на клиничните пътеки която е приета с консенсус от представители на БЛС и НЗОК
- ✓ не се вземат предвид здравностатистическите данни – броят, обемите и цените на клиничните пътеки не са основани на медицински доказателства за болестността и социалната значимост на дадено заболяване.
- ✓

### **3.3. Болнична и извънболнична помощ**

Независимо от декларациите намерения за оптимизиране броя на болниците у нас през последните осем години те нарастваха стабилно. През 2008 г. НЗОК е сключила общо 428 договора с изпълнители на болнична медицинска помощ. Структурата на лечебните заведения за болнична помощ ясно показва превес на болниците за активно лечение - многопрофилни и специализирани. Болниците за долекуване и рехабилитация са значително по-малко.

Увеличаването на броя на болниците върви успоредно с увеличаване броя на хоспитализациите. Официалните статистически данни за хоспитализираната заболяемост за периода 2005-2008г. показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20857.0‰) на 1 825 488 души (23945.9‰). Честотата на хоспитализираните лица на възраст от 0 до 17 години е 24114.4 на 100 000 души от населението, по-ниска е тя при хоспитализираните на възраст 18-64 години (19708.8‰). Най-висока е честотата на хоспитализациите при лицата на 65 и повече години (39853.6‰).

Тази тенденция доведе до извършване на високи разходи и тяхното отклоняване от дейности като първичната медицинска помощ и реимбурсирането на икономически по-ефективни лекарства. От друга страна, делът на разходите за първична медицинска помощ е под 8% от бюджета на НЗОК, т.е., приблизително половината от дела на тези разходи в Западна Европа. Това е в противоречие с основната цел за повишаване на ефективността на системата и с европейските тенденции към изнасяне на болничните услуги в извънболничната помощ и

оптимизиране на разходите за стационарно лечение. Създават се порочни кръгове: недостатъчният финансов ресурс в извънболничната помощ води до това възрастните хора с хронични заболявания да правят по-чести обостряния и да се налага тяхното хоспитализиране. Към това се прибавя и факта, че в сравнение с предходната 2007 г. броят на лечебните заведения в СИМП бележи спад, като през 2008 г. са предоставяли услуги 260 лечебни заведения по-малко в сравнение с предходната година. Изместването на ресурсите в посока на болничната помощ не води до намаляване на общата заболяемост и смъртност или поне не съответно на направените разходи. Това може само да означава, че сме свидетели на процес на изкуствено създаване на пазарна ниша без да има увереност, че тази ниша е реално отражение на здравни потребности на населението.

По отношение структурата на разходите в специализираната извънболнична помощ прави впечатление, че най-висок е дялът на средствата, изплатени за пакет „Кардиология” (14.5%), следван от „Офталмология” (11.0%) и „Акушерство и гинекология” (10.2%). Същото важи и за ВСД където отново за офталмология и АГ се дават най-много средства. Тези данни отново говорят, че възникването на извънболнични структури се определя от цените на съответните пакети услуги, а не от посрещане на идентифицирани потребности от медицински услуги чрез изследване на здравностатистическа информация. Освен това финансовата обезпеченост и броят специалисти не е автоматично гаранция за качество. Така например независимо от ресурсната осигуреност в специалността АГ данните за детската перинатална смъртност продължават да са едни от най-високите в ЕС.

#### **3.4. Спешна медицинска помощ.**

Системата на спешната медицинска помощ функционира на две нива: самостоятелни центрове за спешна медицинска помощ в областните градове (ЦСМП) и Спешни отделения (СО) към областните МБАЛ. Дейността на системата продължава да се затруднява поради редица причини, по-важните от които са: обслужване на голям брой лица без индикации за спешност, най-често неполучили помощ от личните си лекари или без здравно осигуряване; нерешени въпроси с финансирането на дейността на СО, което нарушава бюджетите на съответните болници; неясно диференцирани функции между ЦСМП и СО; недостиг и текучество на медицинския (основно лекари) персонал в ЦСМП, главно поради ниското заплащане, трудните условия на работа и ограничените възможности за професионално развитие; пропуски в работата на информационно-координационните централи, което води до закъснения и конфликти с гражданите; недостатъчна, а в някои случаи и разминаваща се информация за дейността на СМП от различни институции; недобра интеграция вътре в системата на СМП и нейното взаимодействие с другите структури на здравеопазването; липса на собствен въздушен транспорт за пациенти със спешни състояния, ангажиране с неспецифични транспортни и дейности и др.

Натрупаните проблеми в този сектор могат да се обобщят както следва:

- ✓ Съществува диспропорция в разпределението на финансовия ресурс между извънболничната и болничната помощ.
- ✓ Отсъствие на ясно дефинирана методология и липса на информационна система за финансирането на болничния сектор.

- ✓ Липса на възможности за ограничаване броя на сключените договори между НЗОК и договорните партньори и регулирането им по профила на заболяемостта и здравните приоритети.
- ✓ Липса на ориентир за планиране на разходите, каквато роля трябва да изпълнява здравната карта
- ✓ Липса на модел за ясен и мотивиран начин за финансиране на спешната медицинска помощ, включително и на интензивните и спешните отделения в болничните структури.
- ✓ Отсъствие на стройна система за адекватно, като обем и целево ориентирано, финансиране на инвестиционните разходи на болниците и произтичащото от това забавяне на оптимизирането на болничната мрежа.
- ✓ Периодично възникващата задължнялост на болничния сектор, която съпътства дейността на здравната система през последните няколко години.
- ✓ Недостатъчни стимули за разпределяне на финансов ресурс за промоция на здравето и профилактика на болестите.
- ✓ Не е изградена интегрирана система на национални здравни сметки.
- ✓ Ролята на доброволното здравно осигуряване във финансирането на здравните услуги е незначителна.

### 3.5. Насоки за развитие

- ✓ Идентифициране на приоритетните области в здравеопазването и разработване на финансови стратегии, насочени към изпълнение на тези приоритети.
- ✓ Преработване на основния пакет от здравни услуги, които да бъдат достъпни за цялото население и финансирани с публични средства. Задълбочен анализ на финансовите възможности на НЗОК би подпомогнал тази преработка. Така би се коригирал дисбалансът между обемния пакет и ограничения бюджет, което води до ниски „цени на касата” и създава условия за нерегламентирани плащания. От друга страна, такова „ограничаване” на основния пакет ще отвори пазар за включване на частните здравноосигурителни фондове чрез извършване на съответните законодателни промени и въвеждане на данъчни облекчения върху вноските за доброволно здравно осигуряване на физическите лица и работодателите. Така ще се подпомогне разпределянето на финансовата тежест между повече купувачи на здравни услуги.
- ✓ Въвеждане на диагностично свързани групи които да заместят КП като средство за финансиране на болничната помощ.
- ✓ Въвеждане на критерии за установяване на баланс между броя на договорните партньори и финансовите възможности на НЗОК.
- ✓ Разработване, утвърждаване и използване на индикатори за оценка на ефективността на изразходване на финансовите средства за различните здравни интервенции.
- ✓ Въвеждане на системата на национални здравни сметки за по-добра отчетност и контрол на разходите за здравеопазване.

- ✓ Създаване на условия за разширяване на участието на неправителствените организации в дейностите по реализиране на здравната политика.
- ✓ В бюджета за здравеопазване да се предвидят средства за развитие на научните изследвания.
- ✓ Преструктуриране на болничната мрежа чрез оптимизиране на лечебните структури, концентрация и пребазиране на отделения и клиники, както и функционално, организационно и правно преобразуване на някои болнични структури.
- ✓ Въвеждане на грантов принцип за разпределяне на финансовите ресурси по националните програми, съобразно технологичната и професионалната готовност на лечебните заведения за изпълнението на заложените в програмите цели и задачи, и потребностите от болнични ресурси по региони и социални групи на населението.
- ✓ Въвеждане на пазарно ориентирани модели за финансиране на инвестиционните проекти в здравеопазването със създаване на фонд за възмездно финансиране на част от инвестиционните потребности на болниците; създаване на схеми за съвместно финансиране на проекти от МЗ, лечебните заведения и университетските и регионалните общности; използване на методите на приватизация за оптимизиране на болничните структури и привличане на външни инвестиционни ресурси.
- ✓ Въвеждане на надеждна система за мониторинг и контрол на качеството на медицинските услуги и за оценка на отговорността на изпълнителите.
- ✓ Разработване и регламентиране на обучителни програми в областта на болничното управление, икономическите анализи, маркетинга и информационното осигуряване.

#### **4. Основни проблеми и насоки в предоставянето на обществените и индивидуалните здравни услуги**

##### **4.1. Обществени здравни услуги**

В областта на *промоцията на здравето и профилактиката на болестите* МЗ финансира през 2008 г. 24 програми и стратегии. На практика обаче, финансови средства се предоставят предимно за програми с терапевтичен характер и за инфекциозни болести, които минават под логото на “ профилактични”. Въпреки големия им брой, резултатите от тях са незадоволителни. При разработването на повечето програми липсват заложен механизми за мониторинг и оценка. Недостатъчно е и участието на обществените структури на национално и локално ниво. Реализирането на програмите остава все още като основен ангажимент на МЗ.

##### **4.2. Индивидуални медицински услуги и лечебна дейност.**

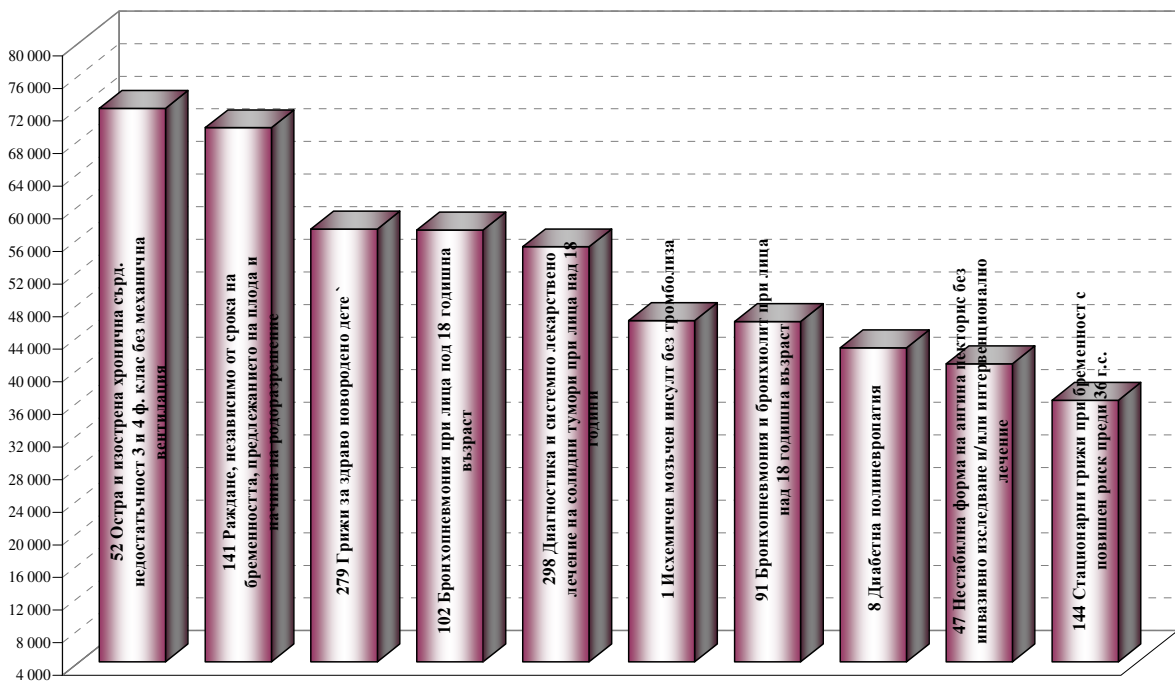
Беше отбелязано, че клиничните пътеки не отговарят на реалната си стойност и в редица случаи не могат да бъдат ориентир за оценка на случващото се в системата на болничната помощ. Логично е да се приеме, че отчитането на броя клинични пътеки трябва да съвпада с разходите по тях. С други думи, ако потреблението е голямо би трябвало и ресурсите да са адекватни като крайната цел



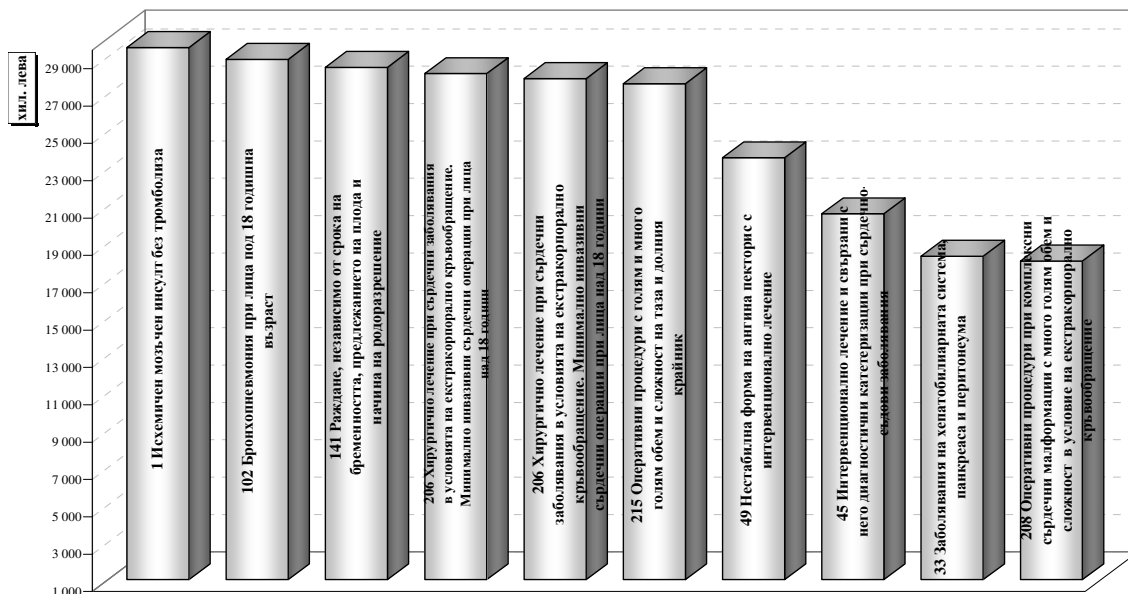
е подобряване на съответния показател – в случая намаляване на смъртността. Независимо, че в структурата на смъртността по причини се включва и извънболничната помощ все пак би трябвало да има корелация между оборота на клиничната пътека по съответното заболяване, нейната цена и нивото на смъртността.

При съпоставката на десет клинични пътеки с най-висок отчетен брой случаи (оборот) и десет КП с най-висок разход се установява, че има доста голямо несъответствие. Водеща пътека по най-висок брой случаи е КП 52 “Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. клас без механична вентилация” следвана от КП 141 “Раждане независимо от срока на бременността” и КП 279 “Грижи за здраво новородено дете” (фиг. 7). На следващата графика, отразяваща десетте клинични пътеки с най-висок разход на средства, водещо място заемат съвсем други две пътеки – КП 1 “Исхемичен мозъчен инсулт без тромболитизация” и КП 102 “Бронхопневмония при лица под 18 г. възраст” (фиг. 8). На третата графика е отразена смъртността по причини, където водещи са болестите на органите на кръвообращението (64.7%) и новообразуванията (16.4%) (Фиг. 9).

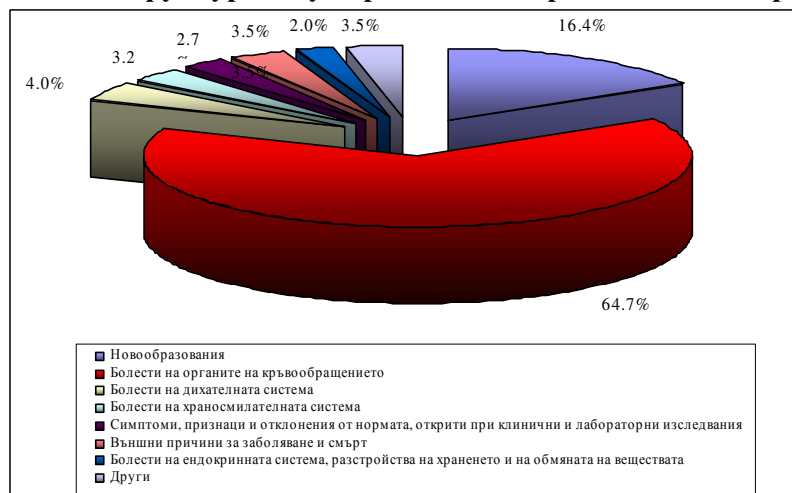
**Фиг. 7. Десетте клинични пътеки с отчетени най-висок брой случаи**



**Фиг.8. Десетте клинични пътеки с най-висок разход на средства**



**Фиг. 9. Структура на умираанията по причини в България през 2008 г.**



Прави впечатление, че макар по относителен дял в причините за умираения новообразуванията да заемат второ място след сърдечносъдовите заболявания, по оборот те са отчетени чак на пето място, а по разход въобще не присъстват в първата десетка. Това отново налага извода, че е налице сериозно разминаване между реалните потребности от медицинска помощ и предоставяните медицински услуги, заплащани от НЗОК.

Този извод се потвърждава и от анализа на разходите за СИМП. В структурата на разходите, диференцирана на базата пакети за 2008 г., най-висок е

делът на средствата, изплатени за пакет „Кардиология” (14.5%), следван от „Офталмология” (11.0%) и „Акушерство и гинекология” (10.2%). Този факт обаче не корелира с високите нива на перинатална смъртност.

Достъпът до *първична и специализирана извънболнична помощ* е затруднен. През 2008 г. ръководството на НЗОК взе безпрецедентно решение да раздаде премии на свои договорни партньори – общопрактикуващи лекари с мотива, че са спестили средства. Този подход торпилира цялостната философия на здравноосигурителния договорен модел у нас и създаде предпоставки за още по-ограничен достъп на населението до специализирани услуги в извънболничната помощ поради факта, че спестените средства в първичната помощ идват главно от нереализирани препращания към специалист.

Практиките от извънболничната помощ, особено специализираните, са концентрирани в по-големите населени места и общинските центрове. Съществуват редица селища без разкрити практики от първичната помощ, като същевременно продължава да намалява броят на ОПЛ, сключили договор с НЗОК. Финансовите стимули са насочени предимно към диагностично-лечебните дейности, като промотивните и профилактичните са на втори план. Продължават да доминират индивидуалните форми на амбулаторни практики. Нормативната база, регулираща достъпа до специалист, не е променена през последните години. Липсват ясни критерии за мониториране качеството на услугите в извънболничната помощ.

Липсва ясна политика за бъдещото развитие и използване на *неконвенционалните методи* за въздействие на индивидуалното здраве. Недостатъчни са разяснителните мероприятия сред населението за предимствата и недостатъците на този вид лечение. Липсва достатъчно строг контрол върху предлагащите услуги и тяхната квалификация. Не е въведена задължителна регистрация на всички, практикуващи неконвенционални методи на лечение, както и не са разработени ясни критерии за оценка на дейността им.

### **4.3. Насоки за развитие**

Дейностите във връзка с осигуряването на здравословна околна среда имат за цел да намалят до минимум риска за здравето на населението, предизвикан от въздействието на факторите на околната среда. Това изисква: определяне на проблемните райони и намаляване на експозицията със замърсители на околната среда; възприемане на устойчив модел на потребление и подпомагане създаването на здравословна селищна среда; повишаване на информацията за населението по отношение рисковете за здравето и начините за намаляване на индивидуалната експозиция; осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд чрез разработване на Национален план за действие за здраве на работещите; изграждане на съответния кадрови потенциал и засилване на междусекторното сътрудничество.

Основен приоритет в областта на питейните води е постигането на пълноценно и ефективно прилагане на хармонизираната нормативна база в тясна колаборация с МРРБ и МОСВ.

В областта на безопасността на храните е необходимо подобряване ефективността на контрола, оценката на риска, свързан със замърсители и добавки в храните, изграждане съвместно с МЗХ на национална “Агенция по храните”.

По отношение на козметичните продукти е необходимо повишаване на информираността на населението и засилване на контрола върху тях.

Насоките за подобряване на здравето на работещото население са в областта на предприемане на действия за: осъзнаване, че осигуряването на условия за ЗБУТ има ключово значение за икономически просперитет не само за фирмата/организацията, но и за отделния индивид и за цялата нация; разработване на Национален план за действие за здраве на работещите на базата на Европейския и Глобалния план на СЗО за здраве на работещите; изграждане на капацитет за осигуряване на ефективно ТМО чрез подобряване нивото на обучение по трудова медицина в утвърдените от МЗ бази; подобряване на качеството на ТМО чрез въвеждане на система за оценяване на дейността на СТМ.

Профилактиката на болестите се декларира като приоритет от всяко правителство, но на практика винаги доминира лечебната дейност и средствата се разпределят в такъв аспект. Поради това е необходима национална политика за промоция на здравето и профилактика на болестите, която да се приеме консенсусно и да се реализира от всяко следващо правителство при създадени адекватни материални, финансови, кадрови и организационни ресурси. Профилактиката следва да стане задължителен елемент за всички нива в здравната система и обществените сектори. Това налага да се изградят устойчиви информационни системи на национално и регионално ниво по проблемите на здравето, факторите на риска за него с оглед планирането на профилактичните дейности и тяхната адекватна оценка.

*Насоките за решаване на проблемите в извънболничната помощ включват редица дейности, по-важните от които са:*

- ✓ Подобряване на достъпа до различните видове ИМП чрез адекватно териториално разпределение на лечебните заведения и медицинските специалисти; подобряване на обслужването на населението в отдалечени и труднодостъпни райони (разкриване на общи практики, обслужване на място от мобилни екипи и др.).
- ✓ Стимулиране на създаването на групови практики в по-големите населени места с цел подобряване на достъпа и качеството в предоставяне на неотложната помощ.
- ✓ Лимитиране на максималния брой лица, записани при ОПЛ, в зависимост от потребностите и осигуреността в различните райони.
- ✓ Въвеждане на индикативни вместо регулативни стандарти с оглед адекватно задоволяване на потребностите на обслужваното население, вкл. даване на право на пряк достъп до определени специалисти.
- ✓ Усъвършенстване на регламентите в Националния рамков договор: увеличаване дела на заплащане на ОПЛ за реално извършени дейности, усъвършенстване на системата за осъществяване на профилактични прегледи/дейности, провеждане на диспансерно наблюдение на хронично болните, реално покриващо техните потребности, усъвършенстване контрола на извършваните дейности и др.
- ✓ Подобряване на координацията на общопрактикуващите лекари с изпълнителите на извънболнична специализирана помощ и лекарите в болничните лечебни заведения.

- ✓ Подобряване на дейностите по промоция на денталното здраве, особено на профилактичната и лечебната дейност при децата.  
*По отношение на болничната помощ е необходимо:*
- ✓ Провеждане на задълбочен анализ на нормативната база и своевременно предлагане на необходимите промени, свързани с разработването на поетапни мерки за реструктуриране на легловия фонд и практическото им реализиране.
- ✓ Създаване на мрежа от лечебни заведения за долекуване, хосписи и социални домове, както и подобряването на координацията между различните звена.
- ✓ Въвеждане на единна методика за остойностяване на клиничните пътеки въз основа на здравно-статистически анализи и въвеждане на коефициенти за тежест и коморбидност като първи етап от разработване на българска система на диагностично свързаните групи. Водещ принцип при формулирането на клиничните пътеки да бъде диагнозата, а не процедурата. При въвеждане на нови методи за финансиране на болничната помощ, базирани на «преминал болен», е необходимо да се отчете, че както клиничните пътеки, така и други форми (например ДСГ) имат едни и същи съществени недостатъци – стремеж към „надписване” на тежестта, поставяне на „по-доходоносна” диагноза и за разлика от клиничните пътеки - липса на инструментариум за контрол на качеството.  
*По отношение на СПМ е необходимо:*
- ✓ Усъвършенстване на нормативната база с оглед ясно дефиниране на функциите на ЦСМП и СО; освобождаване на ЦСМП от неспецифични транспортни и други дейности; регламентиране финансирането на дейността на СО в областните МБАЛ
- ✓ Преодоляване на недостига и текучеството на кадри в ЦСМП чрез създаване на система за подбор, обучение и развитие на кадрите, разширяване на възможностите за специализация на лекарите в ЦСМП, увеличаване на заплащането и др.
- ✓ Разработване на алгоритми за добра медицинска практика на мобилните екипи при различни остри състояния и актуализиране на показателите за дейността им с акцент върху качеството на работа.
- ✓ Продължаване на обновяването и модернизиранието на сградния фонд на ЦСМП, медицинската апаратура и автопарка, както и закупуване на хеликоптери за спешен медицински транспорт.
- ✓ Подобряване на интеграцията вътре в системата на СМП и нейното взаимодействие с другите структури на здравеопазването.
- ✓ Осъществяване на постоянен информационен обмен между системата на СМП и системата на единния европейски телефон за спешни повиквания 112.

#### **4.4. Основни проблеми и насоки в управлението на системата на здравеопазване**

В рамките на управленската си дейност МЗ извършва периодичен контрол върху дейността на лечебни и здравни заведения директно и чрез своите органи на областно ниво - РЦЗ и РИОКОЗ. Контрол върху лечебните заведения упражнява и НЗОК като финансираща институция. С оглед осигуряване на качеството но

медицинските услуги МЗ утвърждава медицински стандарти и провежда акредитация на лечебните заведения. Въпреки извършеното в тази насока, липсват стандарти за редица специалности, наблюдават се слабости в акредитационния процес, недостатъчно ефективна е координацията между отделните нива на медицинска помощ. В много случаи се вземат управленски решения въз основа на непълна и в някои случаи и изкривена информация. В системата все още съществуват корупционни практики. Незадоволително е и сътрудничеството между отделните отговорни лица, ангажирани със здравето на населението.

#### **4.5. Насоки за развитие**

Оптимизирането на управленската дейност налага продължаване на законодателните инициативи с цел отстраняване на някои противоречия в съществуващото здравно законодателство и постигане на прозрачност на действията, въвеждане на електронното здравеопазване с оглед подобряване на комуникациите между отделните нива на медицинска помощ и възможност за ефективен контрол, изграждане на единна информационна система, което изисква утвърждаване на всички подзаконовни нормативни актове по чл. 27 от Закона за здравето, приемане на Национална здравна карта, на медицински стандарти по всички специалности и актуализиране на вече съществуващите, усъвършенстване на системата за акредитация и разработване на стратегия за ограничаване на корупционните практики на всички нива. Необходимо е изграждането на система за безопасност на пациентите съгласно европейските изисквания. Разработването и внедряването на прозрачна система на ценообразуване и заплащане на лекарствените продукти с публични средства ще гарантира достъпа до лекарствена терапия на пациентите и ще оптимизира работата на Комисията по цените и лекарствените продукти и Комисията по позитивен лекарствен списък.

#### **4.6. Основни проблеми и насоки за развитие в областта на човешките ресурси**

В областта на човешките ресурси в здравеопазването продължава наличието на: регионални диспропорции, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ; ниска осигуреност с медицински сестри и неблагоприятно съотношение между медицински сестри и лекари; заплашителна тенденция за намаляване на редица специалисти; финансови и организационни трудности при придобиване на специалност и продължаващо обучение и неадекватно ниско заплащане на труда. Проблем е миграцията на лекари и сестри. Липсва национална стратегия за развитие на човешките ресурси в системата.

#### **4.7. Насоки за развитие**

Базирайки се на актуалността на проблема, насоките за подобряване на състоянието на човешките ресурси включват редица дейности, по-важните от които са:

✓ Оценка на състоянието на наличните човешки ресурси и определяне на реалните потребности от кадри в здравеопазването по региони, категории, специалности и възрастови групи, отразени в Национална дългосрочна стратегия за развитие на човешките ресурси.

- ✓ Разработване и въвеждане на информационна система за регистрация и мониториране на мигриралите здравни кадри.
- ✓ Създаване на стройна концепция за квалификация и надграждащо продължително обучение на медицинските и немедицинските специалисти в системата на здравеопазването.

#### **4.8. Основни проблеми, установени при провеждане на външна оценка на системата на здравеопазване**

Възприятието на населението за здравеопазването се задържа като цяло на нивата от 2006 г., като по отношение на субективния здравен статус и достъпа до здравеопазване са налице позитивни промени. В оценката на системата от гражданите е налице известен спад на негативната динамика, особено когато оценките са основани на личния опит („за услугите, предоставяни на мен и моето семейство“). Обяснението, че всички проблеми се дължат на корупцията, изглежда започва да се изчерпва. Обществото започва да се подготвя да приеме конкретни и балансиращи стъпки в подкрепа на реформата. В същото време оценката отвън, извършена с подкрепата на Европейската Комисия, остава негативна и дори се задълбочава. Според изчисления «Индекс на здравния потребител» на 33 страни в Европа здравеопазването в България е на последно място с 448 т., като непосредствено пред нея са Румъния с 489 т. и Латвия с 512 т. В сравнение с 2007 г. страната получава 38 точки по-малко и пада с 5 места надолу. Негативни са оценките за защита правата на пациента, ограничения директен достъп до специалист, неформалните плащания за лечение, труден финансов достъп до лекарства, ниските възможности за трансфер на медицинска информация между специалистите, редица лоши здравни показатели - висока детска смъртност, висока смъртност от злокачествени заболявания и др. България е сред страните в Европа, в които делът на личните разходи на пациентите както за домашно, така и за болнично лечение, е висок в структурата на общите разходи за лекарства – 56% у нас срещу 17.9% в страните от ЕС. По мнението на гражданите това значително финансово бреме е един от най-сериозните проблеми на здравеопазването.

#### **4.9. Насоки за развитие**

Осъществяването на промени в една толкова чувствителна система като здравеопазването трябва да се извършва с активното участие на населението. Функционирането на всяко демократично общество се характеризира с прозрачност на действията и възможност за обратна връзка, което досега е осъществявано спорадично. Наложително е по-активно включване на структурите на гражданското общество и отчитане мнението на гражданите при вземането на управленски решения в сферата на здравеопазването.

#### **4.10. Заключение.**

Основната причина за лошите тенденции и тревожните статистически данни, изнесени в този доклад накратко може да бъде обобщена по следния начин: **Отказ от съобразяване с реалностите и практическа липса на политика в здравеопазването през последните години.**

Основните проблеми пред системата на здравеопазване, а именно, достъпа, ефективността на изразходване на вложения ресурс и мотивацията на гражданите за участие в здравноосигурителната система, години наред не бяха посрещани и решавани с политически и административни мерки от ръководствата на МЗ и НЗОК.

Ето само някои от основните характеристики на това безвремие:

-Липсват цели, които политическото ръководство на МЗ да постави и да защити пред обществото.

-Липсват законови и нормативни механизми за налагането на тези цели.

-Липсва система от критерии за реализацията на тези цели и механизми за контрол над отговорните на различните нива на системата.

-МЗ доброволно е приело ролята на по същество второстепенен разпоредител на средства, извършващ ремонтни дейности и обслужващ дълговете на търговските дружества.

-Влагането на все повече средства в системата на здравеопазване на фона на константно високи нива на показателите на заболяемост и смъртност и запазена висока неудовлетвореност на населението от предоставяните услуги е израз на политическа и управленска немощ и на безконтролно разходване на обществен ресурс.

-Липсата на политическа воля и подчинеността на лобистки интереси доведоха до умишлено блокиране на развитието на здравноосигурителния модел.

-Липсата на икономически логичен механизъм на остойностяване на здравните услуги и регламентиране на законови източници за допълнително финансиране на системата доведе до практически разпад на солидарната система на здравно осигуряване и пряка зависимост между индивидуалните доходи на гражданите и възможността им за достъп до качествена медицинска помощ.

-НЗОК се превърна в затворена система, разпределяща обществен финансов ресурс без договорно начало и без ясна система от критерии и механизми на контрол.

-Структурата и остойностяването на клиничните пътеки не отразяват промените в демографските характеристики на населението и не корелират с вида и обема на заболяванията, които формират структурата на смъртността и инвалидизацията.

-Успоредно с това е налице следният факт: в периода 2000 – 2008 г. се характеризира с трайна тенденция за отрицателен демографски прираст (т.е. потенциалните ползватели на системата са намалели) на фона на това през същия период броя на хоспитализациите нараства и през 2008 г. е почти с 50% по-висока. Това е статистически невъзможно (освен ако през тези години на територията на България не е имало постоянно действащо бедствие с мащабите на чумна епидемия).

Фактът, че НЗОК не посреща тези тенденции с конкретни действия е деклариран отказ от основната ѝ функция на представител на интересите на здравноосигурените лица.

Накрая следва да се отбележи, че в момента страната ни се намира в условията на глобална икономическа криза и въпросът за мястото и ролята на здравеопазването е особено актуален. Дори и в тези условия, финансовите ресурси



за здравеопазване не трябва да намаляват. Търсенето на възможности за повишаване на отговорността и ефективността на наличните финансови ресурси е въпрос, който е от изключително значение за изпълнение на здравните приоритети.

В тази насока усилията на всички партньори следва да бъдат ориентирани към прилагане на проактивен подход в здравеопазването, насочен към:

- разработване на антикризисни програми;
- вземане на решения за оптимизиране на финансовите средства чрез съкращаване на капиталовите и административните разходи;
- повишаване на ефективността на системата чрез насочване на ресурсите за профилактични дейности;
- вземане на мерки за подобряване на бюджетната дисциплина в здравния сектор;
- постоянен диалог с всички партньори от социалната сфера и бизнеса за поддържане на социалната устойчивост и кохезия;
- облекчаване на финансовия достъп на населението до лекарствата чрез отделяне на повече държавни субсидии за тях, както и осъществяване на максимално строг контрол от страна на държавата върху цените им.

Предприемането на мерки за засилване и подобряване на функционирането на националната здравна система, за защита на здравето на населението, най-вече на уязвимите лица (бедни, възрастни, болни), са от изключително значение.

Усилията за търсене и предлагане на ефективни механизми за достъпни обществени и индивидуални услуги в областта на здравеопазването, са насочени основно към ефективното междусекторно сътрудничество за разработване на политики за намаляване на негативното въздействие на икономическата криза върху здравето на населението.