

ТЕМИ НА ИЗДАНИЯТА В ПОРЕДИЦАТА

- ✓ Неформалните плащания в здравеопазването
- ✓ Приватизация на лечебните заведения
- ✓ Здравнонеосигурените и осигурителната система в България
- ✓ Здравето на ромите в България
- ✓ Интегралните показатели в здравеопазването
- ✓ Здравна политика, основана на доказателства

Практиката и наблюдението на процесите в здравеопазването в България показват, че решенията в тази област се вземат несъответно на съществуващата здравна стратегия, независимо коя е тя. Най-често това става съобразно политическата конюнктура и непосредствено възникнали нужди. Много често тези нужди не съвпадат с нуждите на пациента като основен субект в системата на здравеопазването. По този начин се заобикалят инструменти като здравна карта, анализ на медикостатистическата информация, оценка на заболяемостта и приоритетите, които трябва да бъдат подкрепяни от правителствените решения

Заедно с това, немалка част от управленските решения се вземат без ясна визия за очакваните резултати в контекста на една цялостна здравна стратегия. Липсата на управленски традиции за вземане на решения, основани на доказателства повишават податливостта на висшите ръководни екипи в системата на здравеопазването към конюнктурно-политически, корпоративни или частни влияния.

Настоящият анализ на този управленски стил и факторите, които го обуславят ще способства за изграждане на база за приемственост в управлението на системата на здравеопазването.

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА, основана на доказателства

Здравна политика, основана на доказателства

ДОКЛАД



2011 г.

Изказаните становища и мнения в настоящия доклад са отговорност единствено на авторите на отделните текстове и не отразяват непременно мненията и политиката на Институт „Отворено общество“ – София. Авторите следва да бъдат цитирани при всяко преиздаване на материала – целия или част от него.

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА, ОСНОВАНА НА ДОКАЗАТЕЛСТВА

Доклад

- © 2011, Институт „Отворено общество“ – София
- © 2011, Екип в състав: Христо Хинков, Божимир Давидов, Михаил Околийски, Захари Зарков, Ангел Броцилов, Владимир Наков, автори
- © 2011, Калин Семерджиев, корица и оформление
ISBN 978-954-2933-04-5

**Здравна политика,
основана
на доказателства**

ДОКЛАД

Този анализ е резултат от проект на Програма „Управление и публични политики“ на Институт Отворено Общество София и е осъществен от екип в състав:

**Христо Хинков
Божимир Давидов
Михаил Околийски
Захари Зарков
Ангел Броцилов
Владимир Наков**

Рецензент

доц. д-р Жана Големанова, дм

Редактор и коректор

Огняна Тенева

СЪДЪРЖАНИЕ И СТРУКТУРА НА ДОКЛАДА

УВОД / 7

ГЛАВА 1. Анализ на методиката за събиране и агрегиране на здравнотатистическа информация. Оценка на вида и качеството на постъпващата информация: доколко е пригодна тя за вземане на конкретни отговорни решения и какъв друг тип информация е необходима, за да се компенсира този недостиг. / 12

ГЛАВА 2. Анализ на механизма за вземане на управленски решения в здравната система на стратегическо и на локално ниво. Анализът включва:

1. Проследяване процеса на вземане на решение на оперативно ниво и на стратегическо ниво и отчитане доколко този процес е обвързан с наличната информация.
2. Анкетно проучване сред управленци от средните нива на системата на здравеопазването (ръководители на РЦЗ и РИОКОЗ). / 35

ГЛАВА 3. Конкретни примери за взети управленски решения, неосновани на доказателства. Шест примера в различни проблемни области: /49

- Делегираните бюджети на болниците – проблеми на финансирането / 49
- Регионалното разпределение на медицинските услуги и ресурси – здравна карта / 65
- Следдипломната квалификация / 87
- Методите за финансиране на изпълнителите на здравна помощ от НЗОК и тяхното отражение върху информацията за здравето и дейностите в здравната система / 93
- Политиката за психично здраве / 104
- Моделът на спешната помощ / 121

ГЛАВА 4. Алгоритъм за вземане на решения, основани на доказателства в управлението - матричен модел за оценка на ефективността на процесите в здравеопазването.Технология за въвеждане на този алгоритъм в текущата управленска практика. / 131

ПРИЛОЖЕНИЕ / 139

БИБЛИОГРАФИЯ / 149

УВОД

Практиката и наблюдението на процесите в здравеопазването в България показват, че решенията в тази област се вземат несъответно на съществуващата здравна стратегия, независимо коя е тя. Най-често това става съобразно с политическата конюнктура и с непосредствено възникналите нужди. Много често тези нужди не съвпадат с нуждите на пациента като основен субект в системата на здравеопазването. По този начин се заобикалят инструменти като здравна карта, анализ на медикостатистическата информация, оценка на заболяемостта и приоритетите, които трябва да бъдат подкрепяни от правителствените решения. На практика процесът на вземане на политически решения в здравеопазването не отговаря на реалните потребности в системата, произтичащи от конкретните нужди на потребителите – пациентите, а се отклонява в посока на задоволяване на потребностите на вторични субекти – администратори, доставчици на медицински услуги и лекарства, политически кръгове, частни организации пр.

Заедно с това немалка част от управленските решения се вземат без ясна визия за очакваните резултати в контекста на една цялостна здравна стратегия. Липсата на управленски традиции за вземане на решения, основани на доказателства, повишават податливостта на висшите ръководни екипи в системата на здравеопазването към конюнктурно-политически, корпоративни или частни влияния. Стратегическото управление на системата не е адекватно. Липсата на ясна концепция за бъдещото развитие на възприетия модел на здравеопазване у нас, основан на солидарен здравно-осигурителен принцип, води до частични решения в различните сектори, които като цяло влошават, а не подобряват системата поради тяхната изолираност от общото цяло.

Системата все повече обслужва сама себе си, отколкото пациента, за когото е създадена. Този факт до голяма степен е следствие нарушаването от основния принцип, гарантиращ централната позиция на пациента в тази система – парите следват пациента. Една част от причините за това са:

- Несъвършенствата на сегашната система за удостоверяване на осигурителния статус на пациентите при контактите им с изпълнителите на медицински услуги. Практически това означава липса на индивидуална карта, съдържаща тази и/или друга информация. Този проблем е свързан с липсата на интегрална информационна система за здравноосигурителните плащания и оказваните медицински услуги.
- Поредица от управленски решения, които свръхцентрализират системата: делегираните бюджети (създаващи предпоставки пациентите да следват парите, с които оперира една или друга болница вместо обратното).

- Нарушаването на достъпа до качествена медицинска помощ за всички граждани независимо от местоживеенето, изключване на пациентските представители от процеса на вземане на решения на всички нива, нарушаване на принципа на трипартитност на управлението на здравноосигурителната система и блокиране на възможностите за развитие на частни здравноосигурителни фондове като алтернатива на Националната здравноосигурителна каса.
- Тенденция към все по-голямо бюрократизиране на системата чрез усложняване на изискванията за отчетност и контрол на разходите. Като следствие от това остава все по-малко време за реално обслужване на пациента поради увеличаващата се административна работа.

В клиничната медицинска практика съществува термин „медицина, основана на доказателства“ (МОД). За първи път този термин е дефиниран през 1992 г. като “процес на систематични наблюдения, оценки и използване на най-съвременните научни открития като основа за вземане на клинични решения”¹, или като „... съзнателно, ясно, смислено използване на най-добрите съвременни доказателства за вземане на решение по отношение грижата за конкретния пациент”².

Съгласно с други дефиниции МОД представлява преход от това „...да се прави нещо което изглежда най-доброто спрямо знанието за това, кое е най-доброто”³.

Тази практика придобива много голяма популярност през следващите десетилетия и става основа на модерната медицина. До голяма степен това се дължи на достъпната и налична информация за природата на болестите, начините на боледуване, разпространението им, ефектите върху популациите и икономическите последици. Така постепенно термини като *лекарско изкуство*, *клинична интуиция*, *клиничен опит* и пр. все повече отстъпват място на обективните доказателства, получени чрез инструментални или други диагностични методи и технологии. Разбира се, тези тенденции имат своите поддръжници и сериозни опоненти както на оперативното, така и на философско ниво. Мисленето за болния индивид се основава на две на пръв поглед противоречиви тези. Първата е свързана с разбирането за болестта като съвкупност от дискретни явления (симптоми, синдроми), подредени йерархично и/или категориално. Тези явления могат да бъдат изследвани с различни обективни методи и да бъдат доказани техните причинители. Създават се алгоритми на поведение, които до

1 Guyatt G, Cairns J, Churchill D, et al. [Evidence-Based Medicine Working Group]. „Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.” JAMA 1992;268:2420-5.

Evidence based medicine: what it is and what it isn't.

2 David L Sackett, William M C Rosenberg, J A Muir Gray, R Brian Haynes, W Scott Richardson. BMJ 1996;312:71-72.

Evidence-based medicine: New priority for an old paradigm

3 John R. Feussner. Journal of Bone and Mineral Research Volume 11, Issue 7, pages 877–882, July 1996.

голяма степен минимализират интуитивното поведение в тези случаи и редуцират риска от грешки. Това са протоколите в оперативната практика, стандартите и клиничните препоръки в общата практика. Напредването на технологиите в медицината подсилва тази тенденция и създава условия за операционализиране на цялостния диагностично-лечебен процес, като културата на индивидуалната харизма в съчетание с емпиричния опит от миналия век постепенно се дискредитират.

Във втория случай болният се разглежда като цялостен субект (холистичен подход), който носи определена информация за своето състояние (болест). Тази информация не може да бъде операционализирана, т.е. разбита на дискретни единици, и изисква други форми на клинично поведение, които не може да бъдат доказани по обективен път. Това са емпатията, сугестията, връзката на доверие между лекаря и пациента и нивото на комплайънс, респ. готовността да се следват лекарските предписания. Добрата съвременна медицина е синтез от тези два различни подхода към проблема *болест* и проблема *боледуващ човек*. Този синтез е възможен все повече в областите, където личността на боледуващия индивид има патоморфично влияние върху болестния процес и все по-малко в областите, където инструменталната високо технологична медицина е навлязла дълбоко в практиката. В първия случай това е първичната извънболнична и донякъде специализираната медицинска помощ, във втория – големите, добре оборудвани болници и университетски клиники.

На ниво управление обаче тази относително ясна схема придобива съвсем друг вид. Парадоксът е в това, че системи, които имат обективен и конкретен характер и са съобразени с юридически изисквания и ясни правила за тяхното функциониране, се управляват по метода на интуицията и вземането на решения поради настъпили обстоятелства, които налагат това в момента. С други думи, наподобяват онова, което се случва в клиничната практика в отношенията между лекаря и пациента.

Фактът, че принципът на практикуване на медицина, основана на доказателства, който е основен за клиничното ниво на прилагане на медицинските услуги, не е валиден за управленските нива в системата, създава двойна структура на паралелно съществуващи нива в цялата система – тази на управленците и тази на изпълнителите. Ако дадено решение в клинични условия се основава на очевидни доказателства, които изискват конкретно, строго специфично действие (определен оперативен подход или техника, специфично лечение и пр.), то на ниво управление в здравеопазването такива решения са по-скоро подчинени на политическа (идеологическа) парадигма или в най-добрия случай на програмна схема и не изискват непосредствена верификация за своята ефективност.

Тези форми на вземане на решения на двете нива създават условия за разминаване на практиката с набеязаните цели от дадена политика и често пъ-

ти конфронтират нивото на изпълнителите с нивото на управленците. Метафорично казано, наблюдава са „ефектът на пеперудата“, илюстриращ взаимосвързаността между действия на единия полюс (или ниво) в системата и ефектите на противоположния ѝ край – там, където се осъществява реалната медицинска услуга или интервенция. Така например, ако в управленския кабинет се взема решение за цената на дадено лекарство в схемата за лекуване на дадена болест или на някаква нова процедура, изискваща определени ресурси на място, в отдалечените краища на системата това може да предопредели изхода от болестта за даден индивид или дори да промени епидемиологичната картина в района.

Другата страна на парадокса при вземане на управленски решения е, че самата управленска система е доста ясно йерархично изградена и има конкретна субординираност, което предполага и улеснено изпълнение на взетите решения. На практика обаче това не се случва. Точно обратното, колкото повече се субординира системата и се централизира процесът на вземане на решения, толкова по-голям хаос настъпва в ниските нива и в крайна сметка в потребителското поле – болните индивиди. Възможната причина за това е, че взимането на решения и на трите нива на управление на здравеопазването, а именно ниво „област“ (директори на РЦЗ), ниво „заведение“ (главни лекари) и ниво „пациент“ (лекуващ лекар) не е професионално, (т.е. не е базирано на информация и нейния анализ), а е интуитивно (т.е. подсказано от „здравия разум“ на лицето в ролята на ръководител).

Налице е впечатлението, че клиничната идентичност прави ръководителите в здравеопазването у нас нечувствителни към отговорностите на управлението и към предизвикателствата пред специалиста по управление, за разлика от тези пред лечителя. Вероятно в скалата на ценностите управленската компетентност не се възприема като независимо измерение и се вярва, че ако клиничната квалификация и административната позиция са високи, то лицето е добър управленец.

Съществува неяснота по природата на доказателствата, които служат за вземане на информирано решение. Какво трябва да бъде едно доказателство, за да се вземе решението – ценност само по себе си или функция на външни обстоятелства? Някои автори описват два подхода към този въпрос. (Dobrow et al., 2004) Първият подход – така нареченият философско-нормативен, предполага, че валидността на едно доказателство е функция на неговото качество – т.е. ценността на доказателството е в неговата очевидност и самодостатъчност. Вторият подход се ориентира към изследване на влиянието на средата, в която се разглежда едно доказателство. Този подход е наречен практико-операционален и се свързва с вземането на решения, продиктувани от контекста. Така доказателствата от статични стават динамични и с относителна устойчивост във времето. Практико-операционалният подход се съобразява с множество допълнителни фактори, които могат да имат решаващо значение за трансформацията на доказателствата.

По отношение на контекста същите автори отново го разглеждат в две категории – вътрешен и външен. Вътрешният контекст за вземане на решение включва целта, която си поставя вземащият решение; мястото, където се взема това решение; участниците във вземането на решение и пр. Външният контекст се свързва със средата, където това решение ще се реализира, и включва особеностите на болестта, политически фактори, подкрепящи доказателства от други области, и пр.

В крайна сметка става ясно, че докато в клиничната медицина практиката да се вземат решения, основани на доказателства, е доста еднозначна и ригидна, т.е. минимизираща гъвкави подходи с оглед гарантиране на оцеляването на пациента, то в областта на организацията на медицинското обслужване вземането на решения е значително по-иновативно предвид трансформиращата роля на средата, в която се реализира това решение.

Възможно е, разбира се, вземането на конюнктурни решения, без да се имат предвид реалните потребности и възможности на средата, да става не поради безпринципност, липса на управленски капацитет или лоша експертиза, а поради факта, че няма стандартна практика и предварително договорен и приет формат как да се случва това. Една от причините за това е качеството на постъпващата здравно-статистическа информация, която не е на необходимото ниво, за да мотивира изграждане на такива управленски стереотипи.

Информацията, която постъпва на високите управленски равнища за работата на системата на здравеопазване, не е с необходимата степен на достоверност, за да бъде основа за вземане на решения, основани на доказателства. Заедно с това видът информация, която постъпва текущо, невинаги отговаря на потребностите за изработване на управленски решения. От друга страна, обратната информация към потребителите е крайно недостатъчна, за да бъде основа за информиран избор. Съществува и още едно измерение на проблема – липса на проследяване на ефекта от взето управленско решение – такава практика не съществува или, доколкото я има, тя е в текущата обработка на рутинната информация, която се събира от ниските нива на системата. Липсва стандартизирана практика, при която събираната обратна информация да бъде оценявана в светлината на наскоро взети управленски решения за промяна. Казано накратко – липсва постоянно действащ мониторинг на взетите управленски решения от гледна точка на тяхния ефект върху системата.

Липсата на континуиетна здравна политика в България, влошените здравни и социални показатели на нацията и документираното недоволство на населението от качеството на предоставяните здравни услуги изискват полагаане на усилия за създаване на инструмент за разработване и осъществяване на ефективни здравни интервенции. Развитieto на подобен инструмент трябва да включва дейности по идентифициране на релевантни извори на информация и разбиране на проблемите в здравната сфера.

ГЛАВА 1.**Анализ на съществуващото информационно осигуряване**

Както вече беше отбелязано, подходът, наречен „медицина, основана на доказателства“, от дълго време се обсъжда и прилага (макар и непълно) в клиничната медицина по света и у нас. По аналогия в редица изследвания се налага виждането, че в здравния мениджмънт трябва да се използва сходен подход. В този смисъл всяко управленско решение трябва да се взема на базата на предварителна оценка на:

- всички фактори, влияещи върху управлявания процес;
- желаните крайни резултати – в качествени и в количествени измерители;
- възможните последствия от взетото решение – в краткосрочен и в дългосрочен план.

Така възниква въпросът, дали и доколко съществуващото информационно осигуряване на здравната система може да осигури информация за въвеждане на „мениджмънт“, основан на доказателства“ (МОД).

Цел на анализа

Целта на настоящия анализ е да се оцени:

- каква информация в количествени и качествени измерители е необходима на управляващите органи (УО) на висше и средно равнище в системата за здравеопазване за реализация на МОД;
- каква информация се осигурява посредством функциониращата информационна система.

Теоретичен модел на информационното осигуряване на управленско решение

Съгласно с приети определения в медицината, основана на доказателства, се изисква спазването на четири основни принципа⁴:

- Вземане на клинични решения, основаващи се на най-добрите изследвания в дадена област;
- Систематизиране на доказателствата (най-често с помощта на банка данни);
- Критична оценка на доказателствата;
- Изучаване на приложимостта им.

⁴ Шипковенска, Е., Ж. Христов, Пл. Димитров, М. Дякова. Филвест, София, 2008, с. 187.

Мениджмънтът на здравна система, основан на доказателства (МЗСОД), стъпва върху същите принципи. В този смисъл вземането на обосновано решение в мениджмънта на здравната система може (и трябва) да става в условията на достатъчна информация. Важно е да се знае с каква информация като обем и качество трябва да разполага даден управленски орган (УО), за да вземе управленско решение (УР), за което може да се приеме, че е основано на достатъчно доказателства.

За анализ на проблема може да се тръгне най-малкото по два пътя. Първият е – за всеки УО, за всяко конкретно УР, да се изследва:

- с каква информация е разполага УО, за да вземе дадено УР;
- каква е възможната максимална информация.

Разликата между двете величини ще определи и степента на обоснова-ност на даденото УР. Това е практически лесен начин, но изисква отделни анализи за всяко УР, взето от всеки от изследваните УО за определен период от време. Това е възможно за определен краен брой УР.

Вторият начин е по-издържан от теоретична гледна точка. По принцип е известна необходимата информация в системата за здравеопазване⁵. Известни са и информационните потоци, по които тази информация се движи между различните институции. Изглежда възможно тази информация да се систематизира и да се изготви така нареченият *теоретичен модел*. Оттам нататък би трябвало да се изследва дали и доколко реално предоставяната информация на УО отговаря на този теоретичен модел и какви са евентуалните проблеми.

Теоретичен модел на информацията, необходима за вземане на УР в управлението на здравната система

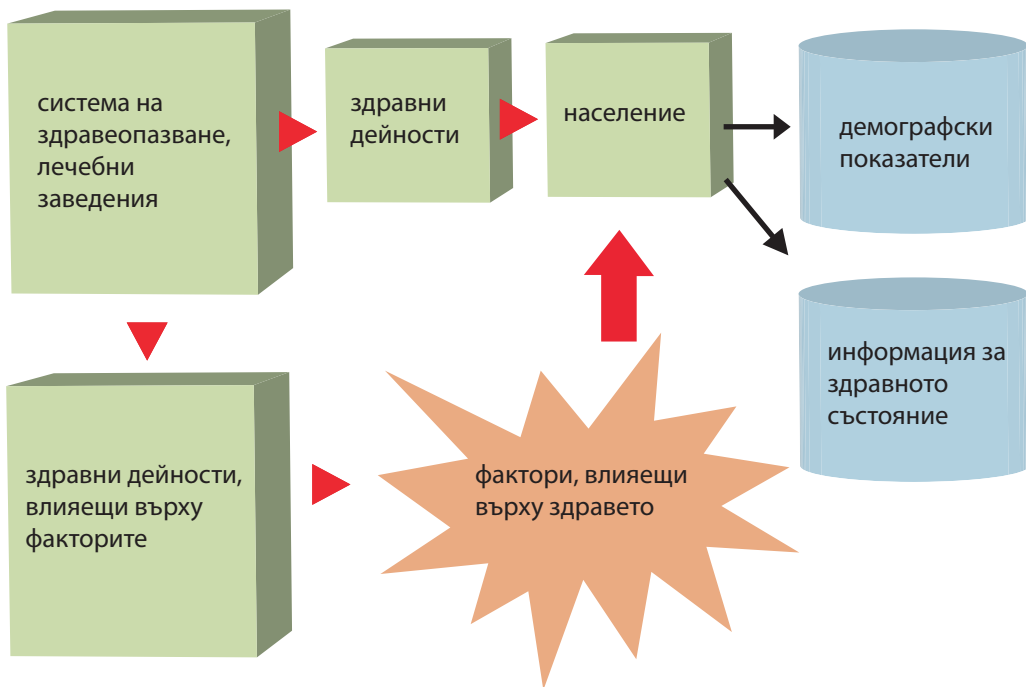
От огромното множество УР, които се вземат в реалната практика, се разглежда това подмножество, което е насочено към УР, свързани с подобряване на здравното състояние на определено население. Това са най-типичните и сложни решения, свързани с потребността от голямо количество разнообразна информация. Всички други подмножества УР могат да се разглеждат като относително частни случаи.

Идеята на теоретичния модел е да се систематизира по възможност цялата информация, която даден УО теоретично трябва да има, за да вземе УР, свързано с подобряване на здравното състояние на определено население (контингент от него). Тази информация трябва да описва в достатъчна степен

⁵ Информацията в системата на здравеопазването включва огромен брой данни по хиляди показатели. Примерно – всички персонални данни, регистрирани за служител А, Б, В в публично ЛЗ, или всички данни от „История на заболяването“ на пациентка Г.Д.Е., лежала в болница X преди 20 г. В дадени случаи за дадени конкретни УР може да е необходима именно и точно тази информация. Тук имаме предвид обаче масови случаи по отношение на УР, свързани със здравното състояние на големи контингенти население. Тогава става въпрос за показатели, описващи примерно „болестност“, „смъртност“, „заболеваемост“ и пр., които се регистрират от националните статистики и са така или иначе краен и обозрим брой.

всички компоненти на системата и да е ориентирана към основния обект на УР – даденото население (Фигура 1.):

Фигура 1.



Налице е определено население с определени количествени характеристики: брой, възрастова структура, териториално разпределение, пол, професионална, образователна структура и пр. Това население има определени:

- демографски показатели – количество раждания, бракове, умирация и пр;

- здравно състояние – заболяемост, болестност, инвалидност и пр.

Здравното състояние на свой ред се обуславя от изследвани и неизследвани фактори – действащи негативно и позитивно.

Има система за здравеопазване – с определена структура, териториално разположение и ресурси. Тя генерира определени по количество и вид здравни дейности, насочени към:

- населението – с цел диагностика, лечение, рехабилитация и промоция на здравето (здравното състояние);

- генераторите на факторите с цел тяхното усилване или отслабване.

В следващите параграфи ще бъде анализирана информацията, която описва действието на отделните компоненти на този модел.

Използвана е следната схема. Първо, направен е анализ на реално съдържащата се информация в публикациите на НЦЗИ, направена е оценка дали и доколко:

- тази информация се представя в необходимата и възможна пълнота;
- дали може да се увеличи;
- какви проблеми има в нейното събиране, обработване, публикуване.

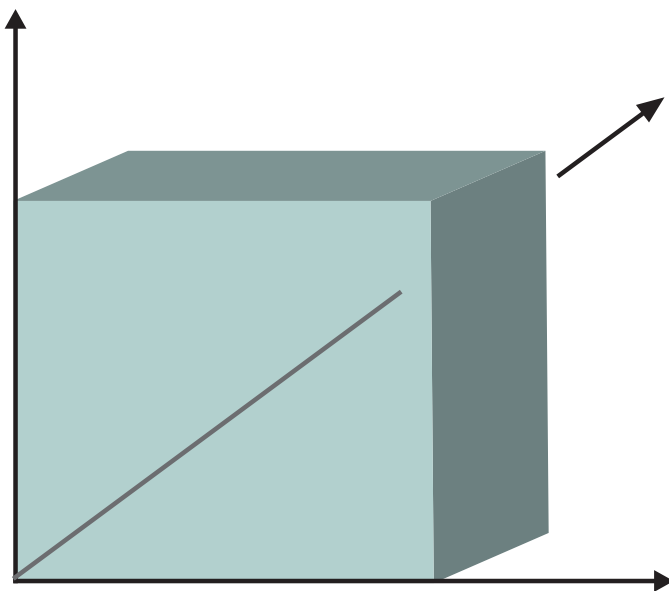
Важно е да се подчертае, че е анализирана само информацията в цитираните публикации. По различни причини НЦЗИ не може да публикува цялата информация, с която разполага за всички показатели и във всички възможни разрези. От друга страна, в някои случаи и за дадени показатели НЦЗИ не разполага изобщо с информацията.

Информация за количествените характеристики на населението – обект на дейността на системата за здравеопазване. Демографски показатели

Информацията, описваща дадено население, се състои от много голям брой отделни показатели. Всички показатели са систематизирани по съответни признаци на населението: пол, възраст, местоживеене и пр.

Тук за нагледност приемаме, че се използват само три от признаците, достатъчни да систематизират тази информация в тримерен модел, разположен в трикоординатна система (Фигура 2.).

Фигура 2.



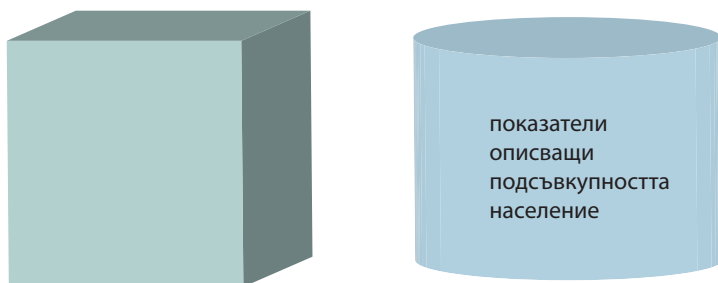
За простота се използват само по две подразделения на всеки признак.

- по оста X се разполага признак „местоживееене“ на отделните жители: град, село.
- по оста Y се разполага признак „възраст“: 0–17 г., над 18 г.
- по оста Z се разполага признак „пол“: мъже, жени.

По този начин цялото население се подразделя на 8 подсъвкупности (2x2x2) според подразделенията на всеки от признаците.

Всяка подсъвкупност е с общи признаци – в случая – жители с еднакво местоживееене, възраст, пол (Фигура 3.).

Фигура 3.



За всяка подсъвкупност население се систематизира информация по отделни показатели: демографски показатели, показатели за здравно състояние.

Проблемът за единни номенклатури на признаците

От практическа гледна точка при създаването и използването на подобен модел има значителни трудности, дължащи се на различните номенклатури, използвани в отделните признаци. За някои признаци има международно установени номенклатури – например – за признака „болест“. За други, като възраст, професия, образование, място и пр., понякога се използват различни номенклатури, довеждащи до проблеми със съпоставимостта на информацията.

Въпросът за използване на единни номенклатури в цялото информационно пространство у нас и по света е един от възловите въпроси, който изисква специално проучване.

Информация за населението – демографски показатели

В теорията и практиката тази група показатели за населението условно се определя като „демографски показатели“. Тя се публикува в основното изда-

ние – сборник „Здравеопазване“. Анализира се изданието от 2008 г. с данни за 2007 г. и назад.

Показатели

а) Показатели в абсолютни величини

1. Брой жители
2. Раждания
3. Аборти
4. Живородени деца от жени във фертилна възраст
5. Умрели
6. Умрели деца на възраст под 1 година (в т.ч. по отделни периоди)
7. Мъртвородени деца
8. Средногодишен брой на жените във фертилна възраст

б) Показатели, отнесени спрямо дадено население

Отнасянето на абсолютните стойности на някои показатели към брой на населението (100, 10 000, 100 000) създава друг клас показатели:

1. Раждаемост
2. Смъртност
3. Умрели на 1000 души от населението
4. Детска смъртност на 1000 живородени деца
5. Мъртвораждаемост на 1000 родени деца
6. Брачност
7. Естествен прираст
8. Раждания на 1000 жени във фертилна възраст
9. Аборти на 1000 жени във фертилна възраст
10. Живородени деца
11. Перинатална смъртност
12. Неонатална смъртност
13. Постнеонатална смъртност
14. Умрели мъже на 100 умрели жени
15. Умрели деца на 100 000 живородени
16. Умирения на 100 000 души от населението

в) Показатели, описващи структурата на абсолютните величини

1. Относителен дял на жените във фертилна възраст
2. Относителен дял на умиренията по причини

Признаци за диференциране на показателите

1. Пол – мъже, жени – 2
2. Местоживеене – град, село – 2
3. Причина за смъртта – 67 причини в 14 класа
4. Възраст – 8 възрастови групи
5. Време – отчетна година; няколко предшестващи години; месеци; дни – за съответни показатели.

Анализ и изводи

Информацията за един показател по 3 признака с по две подразделения се представя с $2 \times 2 \times 2 = 8$ числа. Те могат да се представят в три различни групи от по 2 двумерни таблици.

Информацията за 8 показателя в абсолютни величини може да се представи минимум по 4 признака с $2 - 8$ подразделения. Това изисква минимум 60 двумерни таблици.

Информацията за 16 показателя в относителни величини – по 3 признака, изисква минимум 150 таблици.

Практически всеки от показателите в абсолютни величини може да се представи и в относителни дялове – по различни признаци – 60 таблици.

За пълно представяне на информацията по посочените показатели по всички показани признаци са необходими минимум 270 двумерни таблици, респ. трудно установим брой – три- и повече мерни таблици. Публикуването на подобен брой таблици (особено в хартиено издание) е практически невъзможно. На базата на дългогодишно изучаване на изявените нужди на потребителите на информация ръководството на НЦЗИ публикува информация за населението в 16 едномерни, двумерни и понякога тримерни таблици. Този подход осигурява основните потребности, но очевидно не може да отговори на всички теоретично възможни заявки.

Информация за показателите за здравно състояние на населението

Тази информация се публикува в следните издания на НЦЗИ:

- Сборник „Здравеопазване“;
- Бюлетин „Хоспитализирана заболеваемост“;
- Бюлетин „Инвалидност...“.

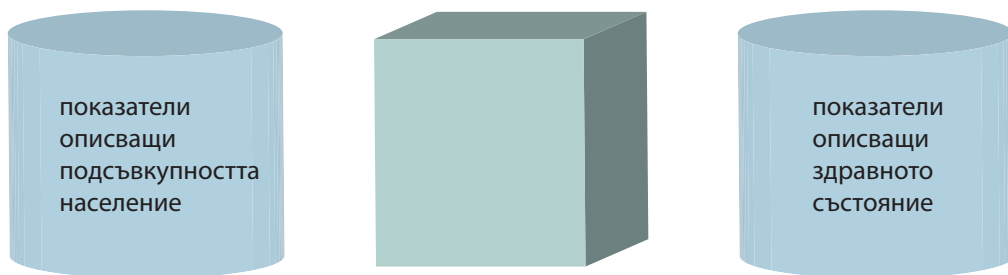
Информацията, описваща здравното състояние на дадено население, се състои от множество показатели. По аналогичен начин те трябва да са систематизирани по:

- съответни признаци на населението – виж т. 3.1.;

– признаци, специфични за тези показатели.

На Фигура 4. е разгледана минималната подсвкупност население от Фигура 3, описана от жители с еднакво местоживееене, пол и възраст.

Фигура 4.



В идеалния случай признаците, по които е дефинирана подсвкупността население А – дезагрегираните демографски показатели и дезагрегираните показатели за здравно състояние, трябва да съвпадат (или да са сходими). Така може най-пълно да се опише здравното състояние на всяка желана минимална съвкупност население. Информацията за здравно състояние в редица случаи практически съвпада с информацията за дейността на съответни институции – например „изпълнени повиквания“, „обслужени лица“ и пр.

Информация за показателите за здравето състояние, публикувана в сборник „Здравеопазване“ 2008 г.

Показатели

а) Показатели в абсолютни величини

1. Регистрирани заболявания от заразни болести, подлежащи на задължително съобщаване
2. Регистрирани заболявания от активна туберкулоза
3. Регистрирани заболявания от злокачествени заболявания по локализация
4. Регистрирани заболявания от някои кожно-венерологични и кожно-заразни болести
5. Болни под наблюдение на психиатричните заведения
6. Хоспитализирани случаи (изписани и умрели) в стационарите
7. Първично инвалидизирани деца
8. Умрели живородени

9. Някои заболявания – на бременни, раждащи и родилки
10. Умрели – бременни, раждащи и родилки
11. Изпълнени повиквания
12. Обслужени лица при изпълнение на повиквания
13. Първично инвалидизирани лица
14. Болни от злокачествени новообразувания, намиращи се под наблюдение на онкологичните заведения
15. Болни под наблюдение на психиатричните заведения
16. Новооткрити заболявания от някои кожно-венерологични болести
17. Регистрирани заболявания от някои кожно-венерологични болести
18. Новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания
19. Регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания

Признаци

На първо място това са разгледаните в т. 3.1.2. общи признаци за диференциране на населението (с изключение на „причина за смъртта“) – общо 4.

На второ място това са специфични признаци за всеки показател, например:

1. Болести – по класове – 21 класа
2. Видове заразни болести – 22 вида
3. Видове активна туберкулоза – 4 вида
4. Болни и новооткрити
6. Локализации на злокачествени новообразувания – 8 системи и 26 конкретни
7. Видове кожни и кожнозаразни болести – 4 вида
8. Срок на инвалидност – 4 групи

Общият брой на общите и специфичните признаци е 12.

Анализ и изводи

При 19 показателя, 4 общи признака и 8 специфични признака е трудно да се изчисли теоретично възможният брой едномерни и повече мерни таблици. По приблизителна оценка този брой е около 600.

Публикувани са 26 едномерни, двумерни и в известна степен тримерни таблици.

Информация за показателите за здравно състояние, публикувана в Бюлетин „Хоспитализирана заболеваемост в Република България за периода 2000-2007 г.“

Показатели

а) Показатели в абсолютни величини

1. Хоспитализирани случаи – общо
2. Хоспитализирани случаи – изписани
3. Хоспитализирани случаи – умрели
4. Хоспитализирани случаи по клинични пътеки – общо
5. Хоспитализирани случаи по клинични пътеки – изписани
6. Хоспитализирани случаи по клинични пътеки – умрели
7. Хоспитализирани случаи (изписани и умрели) в стационарите на лечебните заведения по повод на фактори влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (XXI клас)

б) Показатели, отнесени спрямо дадено население

8. Хоспитализирани случаи (изписани и умрели от I до XIX клас) в стационарите на лечебните заведения за болнична помощ – на 100 000 население

в) Структура на абсолютните величини

9. Хоспитализирани случаи (изписани и умрели от I до XIX клас) в стационарите на лечебните заведения за болнична помощ, по класове болести – процент

Всичко: 9 показателя

Признаци за диференциране на показателите

Общи признаци за всички (или за повече) показатели

1. Класове болести: 19 класа, общо
2. Групи болници: 5 групи (I –V), с 2 подгрупи – общо 7
3. Друга класификация на групи: МБАЛ, СБАЛ, СБР, СБДПЛ, СБДПЛР, частни болници, диспансери – общо 7
4. Възраст: 0 – 17 г., 18 г. и повече, 18 – 64 г., 65 и повече години, деца под 1 г. – общо 5 възрастови групи

5. Време – отчетна година (2007), 2 предшестващи години
6. Място – страната, области
7. Клинични пътеки

Специфични признаци (само за някои показатели)

1. Нозологични групи за:

- болести на органи на кръвообращението – 11 групи с 10 подгрупи;
- болести на дихателната система – 14 групи с 4 подгрупи;
- болести на храносмилателната система – 12 групи с 3 подгрупи;
- повод бременност, раждане и послеродов период – 10 групи с 8 подгрупи;
- болести на пикочо-половата система – 8 групи със 7 подгрупи и 3 подгрупи.

2. Процент на намалена възможност за социална адаптация

3. Процент загубена трудоспособност

4. Локализации на онкологични заболявания

5. Видове психиатрични болести

6. Видове кожни болести

Всичко: 7 общи и 13 специфични признаци, някои с групи и подгрупи

Заклучение и изводи

Представянето на данни за един показател само по 6 общи признака изисква 6 едномерни таблици със съответен брой колони – според подразделенията на съответния признак. Данни за 8 показателя изискват около 50 едномерни таблици. Представянето на данни в двумерни таблици (по два признака едновременно) за всички 8 показателя изисква минимум 300 таблици. Отделно може да се коментира пълният брой таблици с използването на специфичните признаци – още около 600.

Публикувани са 131 едномерни, двумерни и някъде тримерни таблици.

Информация за показателите за здравното състояние, публикувана в бюлетин „Инвалидност в Република България за периода 2001-2007 г.“

Показатели

а) Показатели в абсолютни величини

1. Освидетелствани и преосвидетелствани инвалиди
2. Първично инвалидизирани лица

б) Показатели, отнесени спрямо дадено население - няма**в) Структура на абсолютните величини**

3. Относителен дял по класове болести – процент

4. Относителен дял по възрастови групи и тежест

Признаци за диференциране на показателите

Общи признаци за всички показатели

1. Класове болести: 14 класа, общо

2. Групи болници: 5 групи (I–V), с 2 подгрупи – общо 7

3. Друга класификация на групи: МБАЛ, СБАЛ, СБР, СБДПЛ, СБДПЛР, частни болници, диспансери – общо 7

4. Възраст: 16–19, 20–29, 30–39, 40–49, 50–59, над 60 г., общо 7

5. Време – отчетна година (2007), 6 предшествващи години

6. Тежест на инвалидност – 4 групи

7. Области

Анализ и изводи

Представянето на данни за един показател по 7 общи признака изисква 7 едномерни таблици със съответен брой колони – според подразделенията на съответния признак. Данни за 4 показателя изискват 28 едномерни таблици. Представянето на данни в двумерни таблици (по два признака едновременно) за всички 4 показателя ще изисква минимум 4 x 49 или приблизително 200 таблици. Представянето на данни в тримерни таблици увеличава този брой до над 300.

Публикувани са 131 едномерни, двумерни и частично тримерни таблици.

Информация за показателите за здравето състояние, публикувана в бюлетин „Леглови фонд и дейност на стационарите на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите“

Някои показатели отразяват безспорно вид и количество извършени медицински дейности от съответните институции. Доколкото обаче се описват и обектът, и причината за тези дейности (болестта или състоянието), се приема, че подобни показатели се използват и за описание на здравето състояние.

*Показатели***а) Абсолютни стойности**

1. Оперирани болни, напуснали стационарите.
2. Постоперативен леталитет на оперираните болни.
3. Постоперативни усложнения на оперираните болни.
4. Жени, родили в лечебните заведения
5. Постъпили жени, родили извън лечебните заведения
6. Усложнения при раждания и послеродов период
7. Оперативни способности при бременност и раждане
8. Недоносени, мъртвородени и умрели живородени
9. Заболявания и умирация на живородени доносени деца
0. Извършени аборти

б) Показатели, отнесени спрямо дадено население

11. Недоносени живородени на 100 живородени
12. Мъртвородени на 100 родени
13. Недоносени мъртвородени на 100 живородени
14. Умрели живородени на 100 живородени
15. Умрели недоносени живородени на 100 недоносени живородени
16. Умрели недоносени живородени на 100 умрели живородени
17. Заболявания на живородените доносени деца до изписването им
18. Умирация на живородените доносени деца.

Признаци

Общи признаци за всички показатели:

1. Вид на лечебното заведение – 17 групи и 16 подгрупи – общо 33
2. Област – 28
3. Пол – 2
5. Години – 8

Специфични признаци:

1. Видове операции – 27
2. Състояние на плода, усложнения – 8
3. Други видове усложнения – 5
4. Възраст – до 19, 20-35, над 35 г.
5. Оперативни способности при бременност и раждане – 12
6. Заболявания и умирация на живородените по причини – 19

7. Видове аборти – 5
8. Видове аборти с данни за жената – 15
9. Вид операция – амбулаторна и стационарна
10. Вид легла – 30

Общо 5 общи и 10 специфични признака.

Анализ и изводи

Показатели 1–3 могат да се представят по всички 5 общи признака – мин. 15 едномерни таблици. Показатели 4 – 18 в зависимост от общите и специфичните признаци може да се представят в около 150 едномерни или 200–400 многомерни таблици.

Публикувани са 15 двумерни и тримерни таблици.

Информация за факторите влияещи върху здравното състояние

Съгласно с Правилника за дейността на НЦЗИ⁶ (вж. Правилник, 2005 г.), чл. 6, т. 1, Центърът „осъществява функции на експертен орган във връзка със създаването и използването на документна основа за регистрация и отчитане на здравното състояние, ресурсите в здравеопазването и здравеопазните дейности“.

Така НЦЗИ няма функции спрямо информацията за факторите на околната среда и по дейностите за техния контрол.

Информация за лечебните и здравните заведения

Информация, описваща лечебно заведение в сборник „Здравеопазване“

Показатели

1. Лечебни и здравни заведения
2. Легла
3. Специализирани институции за предоставяне на социални услуги
4. Места
5. Друга номенклатура на институции за социални услуги
6. Детски ясли
7. Места в детските ясли
8. Деца в детски ясли – постъпили

⁶ Правилник за устройството и дейността на Националния център по здравна информация.

9. Деца в детски ясли – присъстващи към 31. 12. 2007 г.
10. Заведения за социални услуги
11. Места в заведения за социални услуги
12. Преминали лица, ползвали социални услуги
13. Лица, ползвали социални услуги – в края на годината
14. Лица в специализираните институции за предоставяне на социални

услуги

- в началото на годината;
- постъпили;
- напуснали;
- в края на годината.

Признаци

а) Общи признаци

1. Област – 28
2. Вид заведение – 4
3. Вид: болници, диспансери
4. Обхват на дейността – регионален, национален
5. Пол – 2

б) Специфични признаци

4. Вид лечебни и здравни заведения – 37
5. Вид институции за социални услуги – 14
6. Вид легла – 32
7. Вид ясли – 2
8. Вид заведения за социални услуги – 18

Анализ и изводи

Показателите 1, 2 може да се представят с всички 4 общи признаци и 2 специфични (общо 6). Показатели 3 – 14 също могат да се представят с 4 общи и някои от специфичните признаци. Общия брой на едномерните таблици е около 80, а с повече мерности – 200.

Публикувани са 7 таблици.

Информация за показателите описващи лечебно заведение в бюлетин „Леглови фонд и дейност на стационарите на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите“

Показатели

1. Брой заведения
2. Брой легла

Признаци

1. Видове заведения – 33
2. Видове легла – 31
3. Видове диспансери
4. Години – 8
5. Области – 28

Анализ и изводи

Възможни са около 30 едномерни и над 90 дву- и тримерни таблици. Публикувани са 6 тримерни таблици.

Информация за предоставените медицински дейности

Все още в българската теория и практика няма изчерпателно определение на термина *медицински дейности*. Използват се множество синоними, като *медицински услуги, здравна помощ, медицинска помощ* и пр. Тук като работно понятие ще бъде използвано понятието "медицински дейности".

Освен това липсва единна номенклатура на основните видове, групи и подгрупи медицински и здравни дейности, както и ясни дефиниции за тези две категории.

В някои случаи описанието на капацитета на дадено заведение едновременно дава информация за здравно състояние и за ресурсния му потенциал – например „болни под наблюдение на...“. В други случаи резултатът за здравното състояние на контингента на дадено заведение дава допълнителна информация за обема/качеството на дейността му – пример „умрели бременни“.

Показатели за медицински дейности в Сборник „Здравеопазване“*Показатели***а) В абсолютни величини**

1. Болни под наблюдение в психиатричните заведения
2. Хоспитализирани случаи (изписани и умрели)
3. Постъпили в стационарите

4. Изписани и умрели
5. Проведени леглодни
6. Използваемост
7. Оборот
8. Среден престој
9. Регистрирани аборти
10. Оперирани болни
11. Оперирани умрели
12. Извършени операции
13. Извършени аутопсии
14. Диализна дейност: по видове
15. Повиквания в ЦСМП
16. Обслужени и хоспитализирани лица при изпълнени повиквания
17. Деца в детските ясли
18. Социални услуги
19. Обслужени родилки
20. Леталитет
21. Бременни, раждащи и родилки в стационарите
22. Умрели бременни, раждащи и родилки в стационарите

Признаци

а) Общи

1. Области – 28
2. Години – 7
3. Видове болници
4. Групи болници

б) Специфични

1. Видове психиатрични болести
2. Видове операции
3. Повод на получаването на спешна медицинска помощ
4. Травми по вид
5. Вид повиквания
6. Вид заболявания на бременни, раждащи и родилки

Анализ и изводи

Минимум около 100 едномерни и около 650 възможни таблици в двумерен и повече мерен вид.

Публикувани са 40 таблици.

Информация за ресурсите на лечебните заведения

Ресурсите в едно лечебно заведение – общо, по видове, групи и конкретни разновидности, са огромен брой. Анализът на този брой и начините на регистрация на закупуването, съхраняването и изразходването на тези ресурси е извън целите на настоящото изследване. По тази причина ще бъде анализирана само публикуваната в изданията на НЦЗИ информация, а отделно ще се анализират някои проблеми по нейната адекватност. Съгласно установена практика тази информация е систематизирана в направления: легла, персонал, икономически показатели. Информацията се публикува в сборник „Здравеопазване“.

Признаци

Общите признаци са всички онези, свързани с лечебно заведение – населено място, община, област, вид, група и т.н.

Специфичните признаци са видове лечебни и други заведения, видове легла, години.

Анализ и изводи

Около 40 възможни таблици. Публикувани са 3 многомерни таблици.

Информация в бюлетин „Леглови фонд и дейност на стационарите на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите“

Показателите и признаците са същите както и при информацията за ресурсите на лечебните заведения.

Анализ и изводи

Около 30 възможни таблици. Публикувани са 4 многомерни таблици.

Информация в бюлетин „Икономически анализ на динамиката на лечебните заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване в Р България за периода 2001 – 2007 г.“

Показател – легла. *Признаци* – 34 групи лечебни заведения – най-детайлната номенклатура от анализирания дотук. *Години* – 8.

Анализ и изводи

Възможна е 1 двумерна таблица и е представена 1.

Персонал (Информация в сборник „Здравеопазване“)*Показатели*

1. Медицински персонал
2. Лекари
3. Съотношение „лекари : население“
4. Относителни дялове

Признаци

Общи и всички признаци на лечебните заведения
 Специфичните признаци са:

1. Видове персонал
2. Видове лекари
3. Специалности на лекарите

Анализ и изводи

Общо – минимум 50 едномерни и над 300 повече-мерни таблици. Публикувани са 2 таблици.

Икономически показатели

Информация за тях се публикува в бюлетин „Икономически анализ...“.

Показатели

1. Приходи
2. Разходи
3. Среден разход на един преминал болен
4. Среден разход на едно легло
5. Среден разход на един леглоден
6. Всеки от показателите може да се представи в структура по отделни признаци

Признаци

Общи признаци и признаци на лечебните заведения: населено място, община, област: вид, група и пр.

Специфичните признаци са:

1. Години
2. Групи лечебни заведения
3. Видове приходи
4. Видове разходи
5. Прогнозни данни за разходите

Анализ и изводи

Възможни са минимум 60 едномерни и над 300 многомерни таблици. Публикувани са около 70 таблици.

Заклучение

Погледнато от позициите на макро-мениджмънта, от НЦЗИ се получава обилен поток от информация по множество показатели, в редица разрези. Редица проблеми визирани в горния анализ, може да се преодолеят с известни организационни усилия, респ. с влягане на малко или повече допълнителни ресурси, с усъвършенстване на нормативната база и пр. Остава обаче неясно дали и доколко тази информация е достатъчна или недостатъчна в изработването на конкретни управленски решения от различни конкретни управленски органи. Целесъобразно е да се проведат обектно ориентирани анализи именно в тази насока.

На основата на направеното изследване на 6 компонента с общо 115 показателя и техни общи и специфични признаци може да се направят следните конкретни заключения:

По отношение на обхвата на националната информационна система в здравеопазването.

Тук може да се поставят два въпроса. Първият е: какъв е обхватът на националната система за здравеопазване. Вторият е дали и доколко всички компоненти на системата за здравеопазване са обхванати в националната информационна система.

1. Обхватът на системата за здравеопазване е разгледан в чл. 4 и чл. 5 на Закона за лечебните заведения. Съгласно с тях лечебни заведения се създават от държавата, от общините и от други юридически и физически лица. Към отделни ведомства също се създават лечебни заведения: Министерски съвет, Министерство на отбраната, Министерство на вътрешните работи, Министерство на правосъдието и Министерство на транспорта. По редица причини обаче отделни сегменти от тази система не изпращат пълна статистическа информация в НЦЗИ, респ. тя не се обработва, не се анализира и не се публикува. Това са

частните лечебни заведения, тези на гореизброените ведомства и др.

2. От гледна точка на обхвата на информационната система е изключително целесъобразно публикуването на „Списък на включените в анализа лечебни заведения за болнична помощ“. Подобен списък в другите информационни издания, от една страна, би показал точния брой и вид на наблюдаваните институции, изпращащи информация, и, от друга, би посочил евентуални дефицити на такава информация.

По отношение на колаборацията с други институции, събиращи информация по предмета на дейност на НЦЗИ

По силата на регламентираната си дейност Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) събира определена информация за:

- количеството, структурата и териториалното разположение на различни здравни и лечебни заведения – специално тези от извънболничната помощ;
- здравното състояние на населението – по показатели, събирани от лекари от извънболничната помощ;
- извършените здравни дейности в сегмента извънболнична помощ.

По редица причини – като липса на единна национална информационна система, липса на интеграция на ведомствената система на НЗОК с националната такава и пр., НЗОК не предоставя тази информация за публично използване.

По отношение на съотношението „събирани – публикувани данни“

Отделен анализ показва, че в НЦЗИ постъпва и се обработва информация за много голям брой показатели от съответните лечебни заведения – виж информационните потоци за годишна и оперативна статистическа и икономическа информация. От тази информация се публикува информация за ограничен брой показатели – по преценка на експертите на НЦЗИ. Причините за това са свързани с ограничени ресурси за публикуване, слабо търсене от крайните потребители, както и проблеми на „търговската тайна“ ограничаващи възможността за публикуване на конкретни (и особено на икономически) данни за всяко конкретно лечебно заведение в статута му на търговско дружество.

По отношение на изчерпателността на показателите

Липсват данни за показатели като болестност и заболяемост по обращаемост, с изключение на заразните болести, подлежащи на задължително съобщаване, активната туберкулоза, злокачествените новообразувания, кожно-венерологичните и кожнозаразните болести. Това прави невъзможно изготвянето на анализи и прогнози за епидемиологията на незаразните болести – об-

що, по контингенти население.

Липсват данни за редица показатели за позитивно здраве – виж ориентировъчен списък в Приложение 1.

Не се разработват т.нар. „интегрални показатели за оценка на здравето на населението“, вече навлезли в международната практика, както и в практиката на прогнозирането и планирането на здравните дейности в редица държави.

По отношение на използваните признаци

Признак „Местоживеене/местоположение“ се използва рядко. Малка част от таблиците са с признак „област“. Липсват таблици по признак „община“, респ. „населено място“. Това затруднява извършването на анализи на регионално равнище, както и междурегионални сравнения.

Признак „Възраст“ се използва за много показатели/таблицы. Използват се основно 3 номенклатури. В някои номенклатури не е осигурена сходимост. Така например номенклатурата за признака „възраст“ за показателите за инвалидността включва интервалите: 16–19, 20–29, 30–39, 40–49, 50–59, над 60 години. Номенклатурата за същия признак за показателите за хоспитализирани случаи включва интервалите: 0–17, 18–64, 65 и повече години. По тази причина не може да се търсят връзки между съответни процеси в еднакви подсъвкупности население по признак „възраст“.

Признак „Болести“ се използва често. Използва се основно списък по класове болести. В някои по-детайлни таблици се използват групи и подгрупи болести.

В някои номенклатури има проблем. В Таблица 20 (и всички подобни – „Сборник...“, с. 73) са диференцирани 20 класа (вкл. клас XXI), а в Таблицата на с. 51 (и всички подобни – „Хоспитализирана...“) са диференцирани 19 класа (без клас XXI). Поради това общият брой случаи в двете таблици (и всички подобни) е различен.

Признак – „Вид на лечебните и други заведения“. Използват се 4 несходими номенклатури, като тази в т. 3.б. е най-детайлната – 16 групи. Редица показатели биха били значително по-информативни, ако се представят именно в такава номенклатура на групите заведения.

По отношение на обема на публикуваната информация

Според разчети, направени поотделно за всеки компонент и всеки информационен източник, съотношението между реално представения брой таблици и теоретично възможния брой таблици е от 1:10 до 1:30 – в зависимост от показателя. Това ниско съотношение е нормално в условията на представяне на хартиени таблици. То обаче е свързано с определен информационен дефи-

цит. Винаги е възможно при изработване на дадено УР да е необходима именно липсващата информация по даден признак. В опит за преодоляване на този дефицит експертите на НЦЗИ са подбрали най-типични показатели, признаци и техни комбинации в дву- и тримерни таблици. В същата насока експертите издават (особено в последните години) и редица проблемно ориентирани бюлетини – паралелно с основното издание.

Значително по-радикално решение е създаването на електронна база данни (БД) с дистанционен достъп и управление от самия краен потребител и богати възможности за създаване на ad hoc таблици. Експерти на НЦЗИ работят в тази насока, но има редица ресурсни и други ограничения. Проблемът е и в ограничения обем обратна информация. Все още е слаб потокът от заявки от самите УО, които да предлагат: нови показатели, разрези, признаци, вид и съдържание на таблиците и пр.

По различни причини не се публикува информация на равнище „отделно заведение“. Това затруднява:

- сравняването на параметри на еднотипни заведения
- търсенето на средни, общи и други величини на параметри с оглед установяване на вътрегрупови стандарти, нормативи и пр.

Изобщо не се използва равнище на изследване „отделение/клиника/друг вид поделение“ на заведението. Това значително ограничава възможностите за микро- и макро-анализи по отделни проблеми – като извършени дейности, здравно състояние на пациенти, ресурси и пр.

ГЛАВА 2.

Изследване на процеса на вземане на решение на средни управленски нива РЦЗ - РИОКОЗ

В тази глава ще бъде разгледан процесът на вземане на решение на средно управленско ниво – РЦЗ и РИОКОЗ. Регионалните центрове по здравеопазване представляват поделения на МЗ съгласно с чл. 40 от Закона за лечебните заведения. Основните им функции са свързани с регистрацията на лечебните заведения в съответната област, с осъществяване на контрол и събиране на здравностатистическа информация, която предоставят на Националния център за здравна информация (НЦЗИ). Регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве – РИОКОЗ, са също така поделения на МЗ и осъществяват провеждането на държавната политика в областта на общественото здраве на областно ниво. Информацията, която събират тези звена, е свързана с данни за епидемиологичната обстановка, за състоянието на факторите на средата, за профилактичните и промотивните инициативи в обслужваната област. РЦЗ и РИОКОЗ са разположени съобразно административното деление на страната в двадесет и осем областни града.

През месеците юни – октомври 2009 г. беше направена анкета с директорите на РЦЗ и РИОКОЗ, като на всичките 56 центъра бяха изпратени анкетни карти с въпроси, свързани с процеса на вземане на решения (*Приложение 1*). Анкетните карти бяха попълнени от 33 директори на РЦЗ и РИОКОЗ⁷. След обработката на получената информация се установи следното.

Най-много управленски решения са вземани в областта на събиране и изпращане на статистическа информация по показателите, които са описани предишната глава. Установяване здравното състояние на населението - дейност, която включва участие в профилактично-имунизационния процес от страна на РИОКОЗ), е на второ място по вземане на управленски решения. Следват дейности по обучение и специализация, финансиране на здравни дейности, проблеми на околната среда, управление на медицински персонал и пр. (*Табл. 1*).

От таблицата се вижда, че на последно място са именно дейностите, свързани с политиката в здравеопазването, което включва участие в нормотворчество и изработване на здравната карта. Изводът, който може да се направи е, че отговорностите на това ниво на управление на системата са свързани основно с агрегиране и предоставяне на информация и по-малко с реално участие в изработването и провеждането на политики. Дейностите, в които РЦЗ и РИОКОЗ са вземали участие, са били по предварително формулирани и спуснати отгоре програми.

⁷ Част от данните на анкетното проучване са използвани в анализа на проблемна област 2 – „Здравна карта“.

Таблица 1. Области за вземане на управленски решения

Видове	Брой	Общо %
Събиране, изпращане на статистическа информация	32	97,0%
Здравно състояние на населението	28	84,8%
Специализация и обучение на персонал	27	81,8%
Финансиране на здравни процеси и дейности	22	66,7%
Проблеми на околната среда	21	63,6%
Управление на медицински персонал	21	63,6%
Разпределение на здравни ресурси	19	57,6%
Здравна политика	19	57,6%
Нормативна база на здравната система	16	48,5%
Разположение на здравна мрежа	16	48,5%
Други	2	6,1%
Общо	33	100,0%

Сътрудничеството на РЦЗ и РИОКОЗ с други организации в процеса на вземане на решения е ограничено предимно в рамките на структурите на местната власт, професионалнословната организация и по-малко на лечебните заведения и първичната помощ (ОПЛ) както и на някои други държавни служби и структури. Прави впечатление, че ако има някакво сътрудничество с пациентски и граждански организации, то е неформално и е извън институционалната рамка. По отношение на лечебните заведения повечето от анкетираните са отговорили, че имат по-скоро уведомителни, отколкото съгласувателни отношения с тях. Въобще стилът на работа е предимно уведомителен – по процедурен път, с много малко неформални консултации или устни съгласувания, особено с неправителствените партньори. (Табл. 2)

Таблица 2. Хоризонтални връзки на консултации при вземане на решения

Групи и структури участници в процеса на вземане на управленски решения на областно ниво	Консултативен съвет			Писмено съгласуване		
	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %
2.1 Държавни служби и структури	11	35,5%	33,3%	25	80,6%	75,8%
2.2 Структури на местната власт	18	56,3%	54,5%	23	71,9%	69,7%
2.3 Лечебни заведения и ОПЛ	13	41,9%	39,4%	18	58,1%	54,5%
2.4 Професионални организации (напр. БЛС)	14	66,7%	42,4%	14	66,7%	42,4%
2.5 Организации на пациенти	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
2.6 Граждански организации	3	18,8%	9,1%	4	25,0%	12,1%
2.7 Стопански субекти	2	18,2%	6,1%	7	63,6%	21,2%

Устно съгласуване			Уведомяване за взето решение			Неформални консултации			Общо		
Брой	Row Valid N %	Row Общо N %	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %
14	45,2%	42,4%	12	38,7%	36,4%	14	45,2%	42,4%	31	100,0%	100,0%
8	25,0%	24,2%	13	40,6%	39,4%	7	21,9%	21,2%	32	100,0%	100,0%
11	35,5%	33,3%	21	67,7%	63,6%	8	25,8%	24,2%	31	100,0%	100,0%
7	33,3%	21,2%	8	38,1%	24,2%	6	28,6%	18,2%	21	100,0%	100,0%
5	71,4%	15,2%	2	28,6%	6,1%	5	71,4%	15,2%	7	100,0%	100,0%
7	43,8%	21,2%	6	37,5%	18,2%	9	56,3%	27,3%	16	100,0%	100,0%
4	36,4%	12,1%	7	63,6%	21,2%	3	27,3%	9,1%	11	100,0%	100,0%

По отношение източниците на информация за вземане на управленски решения участвалите в анкетата са поставили на първо място изданията на НЦЗИ, собствена информация, официални източници и в по-малка степен научни и специализирани списания. Данни от социологически проучвания са ползвали едва половината от отговорилите на анкетата.

Таблица 3. Издания на Националния център по здравна информация:

Видове издания	Брой	Column Valid N %	Column Общо N %
Здравеопазване – изд. НСИ и НЦЗИ	30	93,8%	90,9%
Сборник “Здравеопазване” кратък справочник	29	90,6%	87,9%
Доклад за здравето на нацията	27	84,4%	81,8%
Бюлетин “Икономически анализ ...”	15	46,9%	45,5%
Бюлетин “Хоспитализирана заболеваемост в РБ”	14	43,8%	42,4%
Бюлетин “Леглови фонд и дейност...”	12	37,5%	36,4%
Бюлетин “Инвалидност в РБ”	11	34,4%	33,3%
Общо	32	100,0%	100,0%

Таблица 4. Собствена информация

Видове	Брой	Column Valid N %	Column Общо N %
Отчети	33	100,0%	100,0%
Статистическа информация	32	97,0%	97,0%
Други документи	28	84,8%	84,8%
Общо	33	100,0%	100,0%

Таблица 5. Официални източници

Видове	Брой	Column Valid N %	Column Общо N %
Нормативна база на Република България	33	100,0%	100,0%
Издания на Националния статистически институт	29	87,9%	87,9%
Издания на други министерства и ведомства	17	51,5%	51,5%
Други	14	42,4%	42,4%
Общо	33	100,0%	100,0%

Таблица 6. Научни издания

Видове	Брой	Column Valid N %	Column Общо N %
Списание "Здравен мениджмънт"	27	84,4%	81,8%
Списание "Социална медицина"	27	84,4%	81,8%
Монографии, студии, доклади, анализи	20	62,5%	60,6%
Българско списание за обществено здраве	14	43,8%	42,4%
Други научни списания	11	34,4%	33,3%
Други	10	31,3%	30,3%
Общо	32	100,0%	100,0%

Таблица 7. Информация от медии

Видове	Брой	Column Valid N %	Column Общо N %
Електронни	26	92,9%	78,8%
Печатни	26	92,9%	78,8%
Общо	28	100,0%	100,0%

Таблица 8. Информация от социологически проучвания

	Брой	Column Valid N %	Column Общо N %
Да	17	70,8%	51,5%
Не	7	29,2%	21,2%
Общо	24	100,0%	100,0%

Видът на търсената информация по показатели дава представа за структурата на информационния поток, който постъпва на централно ниво (НЦЗИ, респ. МЗ и НСИ). От получените данни от анкетата се вижда, че събирането на информация по показателите за смъртност, раждаемост и население по видове е поставено от всички участници на първо място като приоритет.

Таблица 9. Демографски показатели

Видове	Брой	Column Valid N %	Column Общо N %
Умрели, смъртност	33	100,0%	100,0%
Раждания, аборти, раждаемост	33	100,0%	100,0%
Население по пол, възраст, градско, селско	33	100,0%	100,0%
Брачност	11	33,3%	33,3%
Други	21	63,6%	63,6%
Общо	33	100,0%	100,0%

По отношение останалите показатели, като брой хоспитализирани, първично инвалидизирани и болни под наблюдение (диспансерна дейност), както и дейност в стационарите, вероятно събираната информация е непълна, тъй като отговорилите положително намаляват. (табл. 10)

Таблица 10. Заболеваемост

Видове	Брой	Column Valid N %	Column Общо N %
Регистрирани заболявания, заболяемост	33	100,0%	100,0%
Хоспитализирани случаи	26	78,8%	78,8%
Първично инвалидизирани лица, инвалидност	22	66,7%	66,7%
Болни под наблюдение	19	57,6%	57,6%
Други	15	45,5%	45,5%
Общо	33	100,0%	100,0%

Данните за лечебните и здравните заведения се събират рутинно от РЦЗ и РИОКОЗ и се предават за централна статистическа обработка от НЦЗИ. Почти всички анкетираните са отговорили положително на този въпрос (табл. 11)

Таблица 11. Информация за лечебни и здравни заведения

Видове	Брой	Column Valid N %	Column Общо N %
Детски ясли – заведения, места, деца	31	100,0%	93,9%
Социални услуги – заведения, места, лица	30	96,8%	90,9%
Брой	30	96,8%	90,9%
Леглови фонд	23	74,2%	69,7%
Други	18	58,1%	54,5%
Общо	31	100,0%	100,0%

Що се отнася до медицинските дейности в лечебните заведения, от анкетата се вижда, че отговорилите положително на въпроса, дали събират информация по тези показатели, прогресивно намаляват. Тези данни ни дават основание да предположим, че вероятно информацията по посочените показатели не е приоритетна за анкетираните управленски нива (табл. 12).

Таблица 12. Дейност на лечебните заведения

Видове	Брой	Column Valid N %	Column Общо N %
Постъпили в стационарите	25	83,3%	75,8%
Регистрирани аборти	24	80,0%	72,7%
Изписани и умрели	22	73,3%	66,7%
Използваемост, оборот, среден престой	20	66,7%	60,6%
Дейност на центрoвете за спешна помощ	19	63,3%	57,6%
Оперирани болни	19	63,3%	57,6%
Дейност на диализните структури	18	60,0%	54,5%
Извършени операции	18	60,0%	54,5%
Амбулаторни посещения	17	56,7%	51,5%
Други	15	50,0%	45,5%
Общо	30	100,0%	100,0%

Най-малко се проследяват икономически показатели за разходите на лечебните заведения и интегралните показатели за здравното състояние на населението – от типа на HALE, DALE, DALY, QALY и други. (табл. 13 и табл. 14)

Таблица 13. Икономическа информация

Видове	Брой	Valid N %	Общо N %
Разходи на лечебните заведения	17	77,3%	51,5%
Приходи на лечебните заведения	17	77,3%	51,5%
Икономически показатели – среден разход на...	16	72,7%	48,5%
Брутен вътрешен продукт, бюджет и др	13	59,1%	39,4%
Други	11	50,0%	33,3%
Общо	22	100,0%	100,0%

Таблица 14. Интегрални показатели

Видове	Брой	Valid N %	Общо N %
Очаквани години преживяни в здраве, в болест	17	100,0%	51,5%
Загубени години – поради смърт, болест	12	70,6%	36,4%
Други	6	35,3%	18,2%
Общо	17	100,0%	100,0%

От отговорите на въпросите за нуждата от допълнителна информация по видове се оказва, че анкетираните се нуждаят в най-голяма степен от детайлна информация по области и региони, свързана с общите демографски показатели и с факторите на средата, и по-малко от дейността в лечебните заведения, икономическото състояние и интегралните показатели за населението. Анкетираните бяха помолени да ранжират степента на необходимост в три оценки – никаква, умерена и голяма. На Таблица 15 са дадени средноаритметичните стойности на получените оценки (Табл. 15)

Таблица 15.

Считате ли, че получаваната информация трябва да бъде детайлизирана в направления като: - (0 - никаква необходимост; 5 – умерена необходимост; 10 – голяма необходимост)			
	Средно аритметична стойност	Median	Mode
7.1 Региони – области, общини	8,1	10	10
7.2 Населени места	7,3	10	10
7.3 Възрастови групи на население/пациенти	8,1	10	10
7.4 Социални групи,	7,3	10	10
7.5 Професии	5,5	5	5
7.6 Видове болести	6,9	10	10
7.7 Конкретни лечебни/здравни заведения	5,2	5	5
7.8 Болнични отделения/клиники	4,7	5	5
7.9 Видове дейности	5,5	5	5
7.10 Видове приходи – по източници	4,8	5	0
7.11 Видове разходи – по направления	4,8	5	0

Същите отговори са получени и на въпроса, засягащ степените на потребност от повече информация по отделни показатели. Повечето от анкетираните са дали предпочитание към факторите на околната среда, рисковите групи и физическото развитие и в по-малка степен към информация за дейността на лечебните заведения, персонала, икономическата ситуация и интегралните показатели.

На въпроса „Считате ли, че достъпната Ви информация е достатъчна, за да вземате информирано решение?“ 24 от анкетираните са отговорили, че тя е достатъчна, и само 5 са посочили, че имат нужда от още информация. Заедно с това почти всички от отговорилите се нуждаят от достъп до други бази данни и възможности за обмен на информация. Основните източници, посочени от анкетираните, са НЦЗИ и НЗОК⁸.

Интересно е, че в сферата на демографските показатели – там, където се установи, че има най-голяма насоченост за събиране на информация, тъй като основните управленски решения са вземани именно в тази област (табл. 16), нуждата от допълнителна информация по тези показатели е малка. Това може да означава, че достъпът до този тип информация е безпроблемен и няма нужда от допълнителни данни. Заедно с това се очертава нуждата от повече информация, свързана с факторите на околната среда, рисковите групи и физическото развитие. (Табл. 16)

Таблица 16.

Имате ли потребност от повече информация за следните показатели: – (0 – никаква потребност, 5 – умерена потребност, 10 – голяма потребност)			
	Mean	Median	Mode
6.1 Демографски	3,9	5	5
6.2 Заболеваемост	4,6	5	0
6.3 Болестност	4,7	5	0
6.4 Лечебни заведения	3,2	5	0
6.5 Персонал	3,2	3	0
6.6 Дейност	3,5	5	0
6.7 Икономическа информация	4,0	5	0
6.8 Интегрални показатели	3,8	5	5
6.9 Фактори на околната среда	6,1	5	5
6.10 Рискови групи	6,1	5	5
6.11 Физическо развитие	5,5	5	5

⁸ Пълните резултати от анкетата са дадени в Приложението.

Най-голям интерес интервюиращите са показали към евентуално разполагане с прогнозни данни за бъдещи периоди. Тук отговорите отново са разпределени съобразно с приоритетите, които интервюираните са заявили в предишните си отговори – демографски показатели, заболяемост, болестност, фактори на средата и рискови групи сред населението. (Табл.17)

Таблица 17.

Бихте ли желали представената Ви информация да съдържа повече: -	Данни за минали периоди			Прогнозни данни за бъдещи период			Процентни разпределения		
	брой	Row Valid N %	Row Общо N %	брой	Row Valid N %	Row Общо N %	брой	Row Valid N %	Row Общо N %
8.1 Демографски	16	55,2%	48,5%	28	96,6%	84,8%	16	55,2%	48,5%
8.2 Заболеваемост	18	62,1%	54,5%	27	93,1%	81,8%	17	58,6%	51,5%
8.3 Болестност	16	61,5%	48,5%	25	96,2%	75,8%	15	57,7%	45,5%
8.4 Лечебни заведения	10	45,5%	30,3%	18	81,8%	54,5%	12	54,5%	36,4%
8.5 Персонал	6	31,6%	18,2%	16	84,2%	48,5%	9	47,4%	27,3%
8.6 Дейност	9	42,9%	27,3%	19	90,5%	57,6%	10	47,6%	30,3%
8.7 Икономическа информация	9	40,9%	27,3%	21	95,5%	63,6%	13	59,1%	39,4%
8.8 Интегрални показатели	7	38,9%	21,2%	17	94,4%	51,5%	6	33,3%	18,2%
8.9 Фактори на околната среда	15	60,0%	45,5%	25	100,0%	75,8%	11	44,0%	33,3%
8.10 Рискови групи след населението	15	53,6%	45,5%	27	96,4%	81,8%	14	50,0%	42,4%
8.11 Физическо развитие	12	50,0%	36,4%	23	95,8%	69,7%	12	50,0%	36,4%
8.12 Други	1	25,0%	3,0%	3	75,0%	9,1%	2	50,0%	6,1%

Тримерни и повече - мерни таблици			Графично представяне			Общо		
Брой	Row Valid N %	Row Общо N %	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %
11	37,9%	33,3%	23	79,3%	69,7%	29	100,0%	100,0%
12	41,4%	36,4%	21	72,4%	63,6%	29	100,0%	100,0%
11	42,3%	33,3%	22	84,6%	66,7%	26	100,0%	100,0%
10	45,5%	30,3%	14	63,6%	42,4%	22	100,0%	100,0%
6	31,6%	18,2%	8	42,1%	24,2%	19	100,0%	100,0%
6	28,6%	18,2%	11	52,4%	33,3%	21	100,0%	100,0%
5	22,7%	15,2%	14	63,6%	42,4%	22	100,0%	100,0%
5	27,8%	15,2%	9	50,0%	27,3%	18	100,0%	100,0%
7	28,0%	21,2%	14	56,0%	42,4%	25	100,0%	100,0%
8	28,6%	24,2%	15	53,6%	45,5%	28	100,0%	100,0%
9	37,5%	27,3%	15	62,5%	45,5%	24	100,0%	100,0%
0	0,0%	0,0%	2	50,0%	6,1%	4	100,0%	100,0%

Най-много загриженост към бъдещи последици, свързани с управленски решения, интервюираните са показали в сфери като здравно състояние и организация на системата. По отношение на използваните за това инструменти се оказва, че най-много се ценят чуждестранният опит и статистическите методи, като по-нататък се подреждат данни от други изследователи, социологически проучвания и в най-малка степен експертни оценки. Възможността за компютърни симулации за изследване на ефектите от дадено управленско решение чрез компютърна симулация е почти нулева (табл. 18)

Таблица 18.

При вземане на управленски решения изследват ли възможните бъдещи последствия върху следните обекти. Моля, посочете и изследователските инструменти, които използвате: -	Статистически методи			Компютърни симулации		
	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %
11.1 Здравно състояние	24	88,9%	72,7%	2	7,4%	6,1%
11.2 Обществено мнение	11	42,3%	33,3%	0	0,0%	0,0%
11.3 Организация на системата	12	60,0%	36,4%	1	5,0%	3,0%
11.4 Мнение на персонала	9	39,1%	27,3%	1	4,3%	3,0%
11.5 Доходи на персонала	11	64,7%	33,3%	0	0,0%	0,0%
11.6 Приходи на заведенията	16	94,1%	48,5%	0	0,0%	0,0%
11.7 Разходи на заведенията	16	94,1%	48,5%	0	0,0%	0,0%
11.8 Разходи на НЗОК	9	81,8%	27,3%	0	0,0%	0,0%
11.9 Разходи на МЗ	11	84,6%	33,3%	0	0,0%	0,0%
11.10 Заплащане на персонала	14	70,0%	42,4%	0	0,0%	0,0%
11.11 Финанси на гражданите	10	76,9%	30,3%	1	7,7%	3,0%

Социологически проучвания			Данни от други изследователи			Чуждестранен опит			Експертни оценки			Общо		
Брой	Row Valid N %	Row Общо N %	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %	Брой	Row Valid N %	Row Общо N %
13	48,1%	39,4%	19	70,4%	57,6%	27	100,0%	100,0%	11	40,7%	33,3%	10	37,0%	30,3%
21	80,8%	63,6%	12	46,2%	36,4%	26	100,0%	100,0%	10	38,5%	30,3%	5	19,2%	15,2%
9	45,0%	27,3%	15	75,0%	45,5%	20	100,0%	100,0%	10	50,0%	30,3%	8	40,0%	24,2%
15	65,2%	45,5%	14	60,9%	42,4%	23	100,0%	100,0%	9	39,1%	27,3%	5	21,7%	15,2%
6	35,3%	18,2%	11	64,7%	33,3%	17	100,0%	100,0%	6	35,3%	18,2%	3	17,6%	9,1%
4	23,5%	12,1%	10	58,8%	30,3%	17	100,0%	100,0%	4	23,5%	12,1%	1	5,9%	3,0%
4	23,5%	12,1%	9	52,9%	27,3%	17	100,0%	100,0%	4	23,5%	12,1%	1	5,9%	3,0%
1	9,1%	3,0%	5	45,5%	15,2%	11	100,0%	100,0%	1	9,1%	3,0%	1	9,1%	3,0%
2	15,4%	6,1%	7	53,8%	21,2%	13	100,0%	100,0%	2	15,4%	6,1%	1	7,7%	3,0%
7	35,0%	21,2%	10	50,0%	30,3%	20	100,0%	100,0%	5	25,0%	15,2%	5	25,0%	15,2%
7	53,8%	21,2%	6	46,2%	18,2%	13	100,0%	100,0%	5	38,5%	15,2%	2	15,4%	6,1%

Препоръки

Основна препоръка от страна на участниците е изграждане на единна информационна система в здравеопазването. Друга често повтаряща се препоръка е възможността за обмен на бази данни и достъп до такива на други институции – нещо, което отново води до извода за необходимостта от единна информационна система. Анкетиранияте са препоръчали и да се актуализират отчетните документи и да се създадат единни форми за отчетност, както и да се създадат условия за по-добра координация на дейностите между отделните институции в здравеопазването. По-долу са дадени обобщени препоръките на участниците в изследването.

1. Актуализиране на първичните медицински документи, точен нормативен регламент за тяхното попълване (напр. сега не се отразяват амбулаторните прегледи срещу заплащане на пациентите) и съответствие с периодичната отчетност, която се изисква от лечебните заведения към РЦЗ, РЗОК и РИОКОЗ
2. Въвеждане на единна деловодна система в РЦЗ
3. Въвеждане на единна информационна система в здравеопазването
4. Възможност за достъп до информация чрез публична база данни на други държавни институции
5. Достъп до базата данни на Агенцията по кадастъра, РИОСВ и др.
6. Разполагане с навременна, актуална и точна информация
7. Осигуряване на обмен на информация между РЦЗ и РЗОК на регионално ниво
8. Да се предоставя в по-кратки срокове информация за наблюдаваните от нас показатели на национално ниво
9. Изграждане на единна информационна система в здравеопазването и статистиката
10. Изграждане на единна информационна система за отчитане дейността на лечебните заведения в Регионалния център по здравеопазване и за предоставянето ѝ на НЦЗИ
11. Изграждане на единна информационна система за отчитане дейността на лечебните заведения, МЗ (РЦЗ, РИОКОЗ), НЗОК (РЗОК) и доброволните ЗОФ
12. Осигуряване на достатъчно средства за съвременен хардуер и софтуер
13. По-добра координация между различните институции по общи въпроси
14. Подобряване на достъпа до информационните системи на НЗОК, НЦЗИ, ТСБ
15. Унифициране на отчетните форми на лечебните заведения към МЗ и НЗОК – формуляри, отчети, справки и др., за тези, които съдържат идентична информация

Заклучение

Изследваните управленски нива – Директори на РЦЗ и РИОКОЗ, показват ориентиране на дейността си основно към събиране на информация, към нейното първично обработване и към препращане на централно ниво. Възможностите за вземане на управленски решения, свързани с провеждането на политики на това ниво, са сведени до минимум. Насоката за събиране на информация е предимно демографска и обща за населението и по-малко ориентирана към дейностите в лечебните заведения и икономическите резултати поради факта, че това е работа на поделенията на НЗОК.

Друга особеност на работата на тези звена е тяхната изолираност от други държавни институции, които имат отношение към дейностите в здравеопазването. Най-малко участие в процеса на управленските решения на това ниво имат гражданските и неправителствените организации.

От направения анализ може да се обобщи, че системата е централизирана, тясно специализирана и несвързана с очаквани резултати. Липсва обратна връзка с горните нива или ако тя е осъществена, това е в рамките на рутинното управление и няма иновационен характер. На практика изследваните звена в системата не провеждат регионална политика и разчитат на взети решения от МЗ. Липсват хоризонтални връзки с други ведомства и институции извън формалните съгласувания на документи, които се изискват от нормативната уредба. От направените препоръки се вижда, че са необходими свързване на отделните звена в системата в единна информационна връзка и преодоляване на сегашната парцелираност, както и делегиране на повече възможности за вземане на автономни решения на местно ниво съобразно с особеностите на съответния регион.

ГЛАВА 3.**Анализи и примери за взети управленски решения,
неосновани на доказателства**

В тази глава са представени анализи в шест конкретни проблемни области от здравеопазването. Липсата на доказателства от практиката за съответното решение е довела до сериозните проблеми, които са изследвани. Разгледани са следните казуси:

1. Делегираните бюджети на болниците – проблеми на финансирането
2. Регионалното разпределение на медицинските услуги и ресурси – здравна карта
3. Следдипломната квалификация.
4. Методите за финансиране на изпълнителите на здравна помощ от НЗОК и тяхното отражение върху информацията за здравето и дейностите в здравната система
5. Политиката за психично здраве
6. Моделът на спешната помощ

I. Делегираните бюджети на болниците: същност, икономически и организационни аспекти от прилагането им

Целта на настоящия анализ и на задачите, произтичащи от него, се определят така: да се представят същността на инструмента „делегиран бюджет“, въведен от няколко години в сегмента „болнична помощ“, факторите, наложили неговото използване, и неговата икономическа същност. Оттук нататък да се анализират неговите недостатъци и предимства, както и очаквани перспективи на използването му.

Накрая да се направят изводи относно необходимостта още преди внедряването на този инструмент – в частност, както и в здравния мениджмънт изобщо, да започне широко прилагане на подходи, които най-общо могат да се определят като „здравен мениджмънт, базиран на доказателства“.

Преди всичко трябва да се поясни, че придобилият популярност термин „делегиран бюджет“ е неправилен. Става въпрос за ограничен по определени критерии бюджет на дадена болница, който се договаря със съответната Районна здравно-осигурителна каса (РЗОК). По-точният термин е „лимитиран бюджет“ – той ще се коментира в Раздел 8.

Хоспитализацията в Република България за периода 2000 – 2007 г. се увеличава с нарастващ темп. По отчетни данни на Националния център за здравна информация (НЦЗИ) през 2007 г. са регистрирани над 550 000 хоспитализирани

случая в повече от тези през 2000 г. – или за седем години има увеличение с близо 147%. Около 86% от случаите (за 2007 г.) са лекувани по клинични пътеки (КП) или заплащането на лечението им се извършва от НЗОК (виж Табл. 19).

Таблица 19.

Хоспитализирани случаи в стационарите на лечебните заведения - всичко и по клинични пътеки Разходи на лечебните заведения 2000 - 2007 г.								
Година	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Хоспитализирани случаи	1 181 097	1 185 927	1 256 557	1 333 698	1 473 631	1 614 313	1 653 264	1 735 341
нарастване спрямо 2000 г.		100,41%	106,39%	112,92%	124,77%	136,68%	139,98%	146,93%
- в т.ч. случаи по клинич. пътеки			321 305	520 826	664 460	813 133	1 318 467	1 488 442
Разходи на лечебните заведения								
за болнична помощ	520 100 234	580 220 905	694 875 606	859 575 594	982 255 676	1 128 702 836	1 044 652 439	1 171 186 435
нарастване спрямо 2000 г.		112%	134%	165%	189%	217%	201%	225%

Наблюдава се устойчив темп на това увеличение. По прогнозни данни на НЦЗИ броят на преминалите болни ще се увеличава до 2012 г. със средногодишен темп от около 3%⁹.

Според този темп през 2012 г. се очаква броят на преминалите болни да надхвърли 2 млн.

Таблица 20.

Хоспитализирани случаи в стационарите на лечебните заведения - всичко и по клинични пътеки Разходи на лечебните заведения - прогноза 2008 - 2012 г.					
Година	2008	2009	2010	2011	2012
Хоспитализирани случаи	1 787 401	1 841 023	1 896 254	1 953 142	2 011 736
нарастване спрямо 2000 г.	151%	156%	161%	165%	170%
Разходи на лечебните заведения					
за болнична помощ	1 218 033 892	1 266 755 248	1 317 425 458	1 370 122 476	1 424 927 375
нарастване спрямо 2000 г.	234%	244%	253%	263%	274%

Липсват данни за състоянието на заболяемостта по обращаемост – т.е. за пациенти, потърсили помощ при общопрактикуващите лекари и специалистите и констатирани заболявания при тях. От тези данни биха могли да се направят изводи за реалното равнище на нуждаещите се от болнично лечение, но такива не се публикуват от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).

⁹ Този темп е различен за отделните групи лечебни заведения и е изчислен от експерти на НЦЗИ в минимални и максимални граници – виж бюлетин „Икономически анализ...“ на НЦЗИ – с. 46. Тук е приет усреднен темп от 3%.

Представлява интерес анализът на динамиката във времето на болните по отделни клинични пътеки (КП) – за да се отчете по кои КП се констатира значително увеличение, респ. по кои се отчита по-слабо или никакво увеличение, но липсата на публикувани данни от НЗОК възпрепятства подобен анализ.

Фактори, влияещи върху динамиката на броя на болните, лекувани в болниците

Детайлен анализ на факторите изисква наличие на пълна информация за броя на болните, лекувани по отделни КП, по диагнози, по възрастови и полови групи и др., както и съпоставката им с данни за заболяемостта, моментната болестност и др., каквито данни не се публикуват от НЗОК. Предмет на анализ ще бъдат становища на отговорни длъжностни лица пред различни форуми, респективно пред медии с национално значение.

1. Значително изменение на заболяемостта на българското население за периода

Прегледът на данни от периода преди 2000 г. показва наличие на относително стабилен брой хоспитализирани пациенти от около 1 млн. Души годишно. Няма данни и коментари, които да очертават фактори довеждащи до значително увеличение на този брой.

Този фактор практически се изключва от българските експерти, доколкото изобщо не се споменава в техни коментари и становища. В годишните доклади за състоянието на здравето на нацията на Министерството на здравеопазването също не се коментира значително общо изменение на заболяемостта.

2. Неправилна хоспитализация.

Има твърдения, че не винаги хоспитализациите се извършват по чисто медицински критерии.

„В момента около 30% от хоспитализациите са фалшиви, защото болниците приемат пациенти, които могат да се лекуват вкъщи, или пък хоспитализират болни, за лечението на които болниците нямат нужните специалисти“¹⁰.

3. Икономически и социални причини, стимулиращи неправилната хоспитализация.

„Възрастен човек, с няколко хронични заболявания, с пенсия 120 лв., влизайки в болница, плаща само потребителска такса.“¹¹ Логично е той да предпочете болнично лечение, логично изглежда и състраданието на персонала на

¹⁰ **Войнова, Л.** (Коментар по повод съобщение на министър Нанев). – Дневник, 29. 10. 2009.

¹¹ **Здравкова, Я.** Държавата създава условия за корупция в болниците. (Интервю с д-р Д. Ленков, главен секретар на БЛС). – Сега (рубрика „Наблюдател“), 9. 11. 2009.

болницата, за да приеме за лечение този възрастен човек.

4. Липса на възможности (клинични пътеки, респ. заплащане на болниците) за долекуване и рехабилитация

Понастоящем такива КП не съществуват. Нуждаещите се пациенти се задържат в болниците или се приемат по други КП, като и в двата случая се увеличават обемът на хоспитализацията и разходът на средства. Другият вариант е пациентите да се изписват и сами трябва да си осигурят и заплатят необходимите грижи.

Ситуацията се променя.

„Разработени са (за 2010 г.) девет клинични пътеки за долекуване и рехабилитация, които ще се заплащат от НЗОК, и така ще се финансират реструктурираните болници“¹². А по този начин ще се намали броят на болните в болниците за активно лечение.

5. Разкриване на нови лечебни заведения

Констатира се значително увеличение броя на частните лечебни заведения.

Налице е „лавина от нови лечебни заведения, без да се казва какво се случва със старите лечебни заведения“. И: „16 нови болници чакат да сключат договор от 1 януари, те са готови.“¹³

Според друг експерт „за договор с касата от началото на 2010 г. чакат 16 нови клиники, а още 64 искат да се разширят“¹⁴.

6. Сnižаване на критериите за избор на болници като договорен партньор на НЗОК

Сключване на договори с болници, които не отговарят на стандартите¹⁵.

7. Недостатъци в работата на извънболничната помощ

Недостатъците във връзката между системите за извънболнична и за болнична помощ са коментирани многократно. Липсват и показатели и критерии за оценка на дейността на тези системи. Оттук пропуски и дефекти в системата за извънболнична помощ неизбежно се отразяват в системата за болнична помощ. Има и обратно влияние, което е още по-слабо изучено и коментирано. „Ненавреме откритите заболявания и закъснялото лечение се отразява и на изхода на заболяванията, ...понякога фатално“. „...неизпълнените задължения на

¹² **Войнова, Л.** (Коментар по повод съобщение на министър Нанев). – Дневник, 29. 10. 2009.

¹³ **Тодорова, Р.** Делегираният бюджет ме притеснява. (Интервю по БНР – „Преди всички“)– Агенция КРОСС, 18. 11. 2009.

¹⁴ Вж. Дневник, 18. 11. 2009: „Близо 350 млн. лв. са дълговете на болниците“, цитира се изказване на д-р Е. Душков – председател на управителния съвет на НЗОК.

¹⁵ Министър Нанев в интервю във в. „Стандарт“, по публикация в рубрика „От пресата: бюджет за здраве – безоблачен за едни, труден за други“, в „Здраве нет“, МИЗЗО, 04. 11. 2009.

общопрактикуващите лекари и специалистите по отношение на профилактичната и диагностичната дейност рефлектират върху разходите на здравната каса."¹⁶.

8. Наличие на множествени заболявания у един и същ пациент – особено характерно за по-възрастните пациенти.

Липсата на КП за лечение на пациенти с множествени заболявания принуждава лекарите в болниците да лекуват само водещото заболяване, като останалите или не се лекуват, или се отлага лечението до следващ прием по друга КП. Друга възможност е насочване на пациента към друга болница.

Наши изследвания¹⁷ показват, че относителният дял на пациенти над 60-годишна възраст с две и повече хоспитализации – за всички класове болести за изследваната календарна година (2004) – в университетските болници е 20,3% за жените и 22,3% за мъжете.

9. Наличието на рехоспитализации – прием на пациенти със същото заболяване в рамките на една и съща календарна година.

Налага се поради наличие на усложнения, респективно недолекуване на основното заболяване и пр. По някои данни¹⁸ (от 2004 г.) относителният дял на тези пациенти е между 13–15%.

За наличието на този феномен липсват изчерпателни актуални данни – особено диференцирани по диагнози, клинични пътеки, пол, възраст и др.

10. Икономически фактори

В чуждестранни изследвания се коментират чисто икономически фактори. След като мениджмънта на дадена болница е поставен в условия, които довеждат до печалба, макар и минимална, от лечението на един пациент, налице е мотивация да се приемат колкото може повече такива пациенти, като приемът се ограничава само от капацитета на болницата. Респективно ако лечението на пациента генерира загуби, има мотивация за отклоняване приема на такъв пациент. Някои допълнителни коментари – в Раздел 4.1.

Така болничният мениджмънт е поставен в условия, при които икономически фактори се сблъскват с фундаментални етични и морални норми, характеризиращи медицинската професия.

¹⁶ Паскова, М. Ръководството на лекарския съюз се опитва да скрие вината си с неспособани протести. (Интервю с В. Михов, директор на РЗОК – Плевен.) - www.bgsever.info/br-04_2008

¹⁷ Кундурджиев, Т., Б. Давидов. Анализ на възрастово-половата структура и основните болести на пациентите над 60-годишна възраст в публичните лечебни заведения за болнична помощ в Република България, доклад на научна конференция „Стареещото население: реалности и последици, политики и практики“. София, 31 май 2006 г. Сборник доклади, Център за изследване на населението при БАН. София, 2006.

¹⁸ Т. Кундурджиев, Б. Давидов. Пак там.

Разходи за болнично лечение

Динамика на разходите

Паралелно с увеличаването броя на преминалите болни нарастват и разходите за тяхното лечение.

По отчетни данни на НЦЗИ общите разходи на лечебните заведения за болнична помощ за периода 2001 г. – 2007 г. са се увеличили с близо 600 млн. лв. – или с над 200 % (вж. Таблица 18).

Успоредно с броя на болните с постоянни темпозе се увеличават и разходите. По прогнозни данни на НЦЗИ разходите на лечебните заведения ще се увеличават до 2012 г. със средногодишен темп от около 4% ¹⁹ (вж. Таблица 2). Според този темп през 2012 г. се очаква общите разходи да надхвърлят сумата от 1,4 млрд. лева.

Фактори, влияещи върху динамиката на разходите

Фактор „увеличение на разходите за лечение на един пациент“

Общата динамика на инфлацията, повишаването на възнагражденията на медицинския персонал, въвеждането на нова и по-скъпа апаратура, прилагането на нови и по правило по-скъпи медикаменти довеждат до повишаване на разходите за лечение на отделен пациент.

Съгласно с данните от Таблица 18 за периода 2001 – 2007 г. броят на болните се е увеличил с 146,93%, докато разходите за болнична помощ са се увеличили с 201,85% – разликата е около 54 процентни пункта. Или: водещ фактор е увеличаването на разходите за лечение на отделните пациенти.

По-детайлни анализи потвърждават горния извод. Според данни от НЦЗИ²⁰ средният разход за лечение на един преминал болен за периода в някои групи болници се изменя както следва:

- Университетски болници и национални МБАЛ: 2001 – 590,89 лв.; 2007 – 909,58 лв. – 65% увеличение;
- Областни МБАЛ: 2001 – 334,37 лв.; 2007 – 504,73 лв. – 66 % увеличение;
- Градски МБАЛ: 2001 – 464,08 лв.; 2007 – 535,17 лв., 86 % увеличение;
- Общински МБАЛ: 2001 – 283,74 лв.; 2007 – 456,21 лв. – 62% увеличение.

Друг въпрос е на какво се дължи това изменение на разходите. Една група фактори това е свързан с общата динамика на цени и заплати за периода: увеличението на размера на трудовите възнаграждения на персонала, увеличението на цените на медикаменти, консумативи, апаратура, горива, енергия, строителни и други материали е повлияло върху общото увеличаване на разходите. Детайлен анализ би определил мястото и значението на отделните факто-

¹⁹ Аналогично – този темп е различен за отделните групи лечебни заведения и изчислен от експерти на НЦЗИ в минимални и максимални граници – вж. бюлетин „Икономически анализ...“ на НЦЗИ – с. 51. Тук е приет осреднен темп от 4%.

²⁰ Бюлетин „Икономически анализ...“, НЦЗИ, 2009.

ри, но това е извън целите на настоящия анализ.

Друга група фактори е повишаване на интензивността и качеството на лечение: въвеждане на по-ефективни и по-скъпо струващи медикаменти, медицински технологии, апаратура, консумативи и пр. Липсват обаче данни за изследване и евентуално потвърждаване на тази интересна хипотеза.

Според прогнозите същите фактори ще влияят с подобна интензивност и в бъдеще, което ще доведе до показаните в Таблица 19 резултати.

2. Увеличаване на броя на лекуваните болни. Този фактор беше коментирал в Раздел 1.

Икономически анализ – мястото на делегирания бюджет

Двата модела на финансиране на болниците и делегираните бюджети като компромисен инструмент

Заплащането на лечението на всеки отделен пациент от финансиращата институция по определена цена е известно в теорията и практиката на здравната икономика като модел на финансиране с бюджет с „отворен край“. При този модел бюджетът на всяка отделна болница, както и на финансиращия орган (в случая НЗОК) се определя само прогнозно. Реалната величина на всички бюджети се определя само и единствено от броя на болните, на които е заплатено лечението – в последния ден на отчетния период. Има редица анализи за предимствата и недостатъците на подобен вид бюджет. Едно от предимствата е даването на възможност на болниците да увеличават броя на лекуваните пациенти (най-малкото за тези КП, за които болничният мениджмънт сметне, че носят приходи над направените разходи). Един от най-съществените недостатъци е именно горният феномен – невъзможността да има точно планиране на всички бюджети. Друг недостатък на модела е, че позволява безконтролно и на теория „неограничено“ увеличаване на бюджета на финансиращия орган.

Обратен на модела на бюджета с „отворен край“ е модел на бюджет със „затворен край“. Това означава, че предварително се регламентира някакво ограничение – във вид на фиксирана величина или граница на обема на годишния бюджет – на болница, както и на финансираща организация. Преминаването на тази величина / граница води до определени следствия, включително и до санкции.

В съществуващата практика НЗОК работи с предварително одобрен от Народното събрание общ годишен бюджет, разпределен по основни направления, включително и за заплащане на болнично обслужване. Така тя работи в условия на бюджет със „затворен край“. Болниците от своя страна поне теоретично могат в условия на конкуренция да приемат голям брой болни – колкото им позволяват наличните ресурси. Или те работят в условията на бюджет с „от-

ворен край“.

Тези два противоположни модела, прилагани в една и съща финансова структура (НЗОК и договорни партньори – болници), естествено предизвикват значителни противоречия и напрежения.

Така става логично и икономически издържано след НЗОК да има лимитиран бюджет, тя да налага някакво лимитиране и на своите партньори – в случая болниците. Това е (или би могло да се коментира като) *теоретичното основание* на въвеждането от НЗОК на някакви лимити.

Практическото основание за въвеждането на лимити е очевидно. Достигнатият брой болни – около 1,7 млн., и разходи за лечението им – около 1,2 млрд. за 2007 г., както и прогнозите за около 2 млн. болни през 2012 г. и разходи за тяхното лечение – над 1,4 млрд. лв., са застрашително големи величини.

Следствия от прилагането на двата модела

Едновременното прилагане на двата модела, заедно с влиянието на другите коментирани фактори, води до следните основни следствия:

1. Значително увеличение на разходите за болнично обслужване за периода 2001 – 2007 г. и още по-значително – за прогнозния период – 2012 г.

2. Увеличаване на задълженията на болниците

Болниците (техните мениджъри) са поставени в сложни икономически условия. Те трябва едновременно да:

– увеличават броя на приетите болни – най-малкото тези, за които разходите за лечението са по-ниски от договорените цени на съответните клинични пътеки;

– не надвишават общото количество разходи, договорени с НЗОК/РЗОК;

– поддържат качеството на лечението на необходимото равнище – според националните стандарти, респективно съгласно с условията в Националния рамков договор (НРД);

– усъвършенстват медицинската технология посредством: закупуване на нова апаратура, медикаменти, консумативи и др., квалификация на специалисти и пр.

Някои мениджъри нарушават част от тези условия и генерират дългове.

Според министър Нанев „близо 290 млн. лв. са текущите дългове и още 59 млн. лв. са просрочените задължения на болниците в момента“²¹.

Тези задължения трябва да се изплатят от съответния собственик (държава и/или община), за да не изпаднат болниците в несъстоятелност (практически във фалит).

²¹ Редакционна статия с цитирани становища на министър Нанев. – Дневник, 18. 11. 2009г.; „Близо 350 млн. лв. са дълговете на болниците.“

Реакция на здравния мениджмънт

1. Заплащане на натрупаните задължения в края на календарната година.

За целия период от 1990 г. насам това е широко разпространена практика с различна интензивност. Тази дългогодишна практика е давала и дава основателни надежди на редица болнични мениджъри, че именно техните задължения ще бъдат заплатени.

2. Ликвидиране на болници поради невъзможност да покриват задълженията си

Това е практически нов тип реакция.

„Болницата в Радомир ще бъде обявена в несъстоятелност, болниците в Трън и Кула ще бъдат затворени“²².

„Обсъжда се бъдещето на болницата в Ивайловград“²³.

3. Преструктуриране на болниците

Също нов тип реакция, макар и дълго коментирана като потребност от редица експерти. Част от болниците ще бъдат преструктурирани като болници за долекуване и продължително лечение.

„Може би 70–80 болници ще бъдат преструктурирани в първите шест месеца на идната година.“²⁴

4. Продължаване, усъвършенстване и евентуално премахване на делегирания бюджет (виж Раздел 7).

Недостатъци на делегираните бюджети

Използват се и мнения на експерти, изказани пред различни медии.

- Ограничава се инициативата на болниците да увеличават дейността си.
- Ограничава се свободният избор на пациентите да търсят адекватна болнична помощ.

Един експерт (малко пресилено) подчертава: „делегиран бюджет за един областен град ... ще бъде съпътстван с допълнителни условия, като райониране на населението и закрепостяване към определена болница...“²⁵. И още: „...ако в областен град има една или повече частни болници ... административният избор

22 Редакционна статия с цитирани становища на министър Нанев. – Дневник, 20. 10.2009: „С 220 млн. по-малко за болниците в бюджета.“

23 Предаване по bTV, 8. 01. 2010 г., коментирано в редица медии.

24 Министър Нанев – пак там.

25 **Семерджиев, П.** Семашко дава реванш на здравното осигуряване в България. – Гласове, 28. 11. 2009.

означава, че делегираният бюджет няма да отиде при тях, ако бъдат избрани от пациента, а ще остане в държавната болница. Така на пациента ще му бъде отказан достъп до лечение в частни структури поради администрирането на бюджета...²⁶ Тук става въпрос не за делегирания бюджет като такъв, а за начина на подбор на болници за сключване на договор.

Лимитират се възможностите и на болница, и на пациент.

„...делегиран бюджет ... означава точно фиксирана сума пари и когато тя се изчерпи или пациентът трябва да си плаща на 100% услугите, или болницата да покрие разходите и да натрупа дефицит...“²⁷.

При изчерпан бюджет на дадена болница могат да се разглеждат следните хипотези²⁸:

- медицински туризъм до болници с неизчерпан лимит;
- струпване на болни до 10–15 число на месеца, докато в съответната болница има финансов ресурс по делегирания бюджет;
- листа на чакащи по неизвестно какви критерии;
- кешово плащане.

Необходимост от въвеждане на листа на чакащи.

Експерт: „...когато една болница свърши определените ѝ пари за лечение на болни за месеца, тя трябва да сложи листа на чакащи.“²⁹

5. Възможност и необходимост болниците да подбират пациенти.

„Тези (пациенти), които изискват дълго и скъпо лечение, могат да бъдат изпращани другаде – например от общинската в областната болница. ...Там ще се струпат пациенти, бързо ще се изчерпи техният финансов ресурс и става затворен кръг“³⁰.

Подкрепа на делегираните бюджети

Аналогично се използват и мнения на експерти.

1. Делегирани бюджети трябва да има.

²⁶ Семерджиев, П. Пак там.

²⁷ Тодорова, Р. („Притеснява ме разликата в приходната и разходната част на бюджета на НЗОК за 2010 г.“) – Информационна агенция „Фокус“, 18. 11. 2010.

²⁸ Адемов, Х. (Изказване в пленарната зала. Четиридесет и второ заседание на 41-о НС. – Речи и изказвания 23. 11. 2009. – www.dps.bg)

²⁹ Здравкова, Я. Държавата създава условия за корупция в болниците. (Интервю с д-р Д. Ленков, главен секретар на БЛС). – Сега, (рубрика „Наблюдател“), 9. 11.2009.

³⁰ Здравкова, Я. Пак там.

„Зам.-шефката на касата (А. Златарева – новият зам.-директор на НЗОК) не вижда проблем във въвеждането на делегираните бюджети за болниците.“³¹

2. Ще се коригират ограниченията, които налага лимитираният бюджет.

„При изчерпване на парите всяка болница, която осигурява качествени услуги, ще получава допълнителен ресурс от държавата“ – министър Нанев³².

Перспективи на използването на делегирани бюджети

Перспективите за използване на инструмента „делегиран бюджет“ са неясни. Има поне две становища, добили публичност:

а) Тотално използване на делегирани бюджети

Според становище на МЗ „догодина (има се предвид 2010 г.) всички болници ще работят с делегирани бюджети, спуснати от НЗОК. В момента те също имат лимити, но касата им плаща и отчетена над тях дейност. При делегиран бюджет обаче това няма да става“³³.

б) Премахване на делегираните бюджети

„През 2011 г., когато се реструктурират болниците, ще бъдат премахнати не само делегираните бюджети, но дори и лимитите за направленията за специалист.“³⁴

Очевидна е необходимостта от делегирани бюджети за справяне с належащите проблеми. Очевидно е и намерението в една друга икономическа среда те да отпаднат.

Делегираният бюджет като инструмент в болничния мениджмънт – настояще и перспективи

Съгласно с разсъжденията в т. 3.1. още при въвеждането на настоящите модели на финансиране на болничната помощ – със „затворен край“ (на НЗОК) и с „отворен край“ (на болниците), е било редно (дори е било задължително) да се прогнозира появата на днешната ситуация, респ. да се планира въвеждането на инструменти за предотвратяването ѝ.

Очевидно такива прогнози не са били направени или отчетени. В Раздел 1 се коментираха данни за извънредно бързо нарастване на броя на хоспита-

31 Бюджет за здраве – безоблачен за едни, труден за други. (Рубрика „От пресата“). – Здраве нет, МИЗЗО, 04. 11. 2009.

32 **Бозукова, М., Н. Лалов.** Кабинетът обеща да не реже парите за болниците, но още ги търси. – Mediapool.bg, 16. 11. 2009.

33 **Анева, Н.** Микробуси ще спасяват болните в малките общини. – Сега, 9. 12.2009.

34 Пак там.

лизираните болни в периода от около 2000 г. насам, както и прогнози как този брой би се увеличил до 2012 г., ако се запазят очертаните темпове. Коментира се и увеличаването на разходите, свързани с това нарастване. „Естествената“ реакция на основната финансираща институция – НЗОК, е да се опита да ограничи това нарастване. Най-простият инструмент е въвеждане на административни ограничения – лимитиране на броя пациенти, респ. лимитиране на годишния бюджет на дадена болница (в частта му, заплатена от НЗОК).

Може да се приеме, че този инструмент, независимо от очертаните недостатъци, ще изпълни предназначението си – ще ограничи в някаква степен нарастването на броя на хоспитализациите. Предстои да се наблюдават и анализират данни от няколко последователни години (например 2007, 2008, 2009, респ. 2010), за да се провери и докаже тази хипотеза.

Друг въпрос е, че според нас е необходимо да се разработи комплексен подход за ограничаване на хоспитализациите. Той трябва да се базира на механизми за ограничаване на действието на всеки от очертаните по-горе фактори.

Коментирани в Раздел 3 противоречия между моделите за финансиране със „затворен“ и „отворен“ край може да се оценят в няколко възможни сценария за бъдещо развитие на сегмента болнично обслужване.

Сценарий 1. *Запазване на съществуващото положение – лимитирани бюджети на болниците*

Същността, следствията, предимствата и недостатъците на този сценарий са разгледани по-горе.

Сценарий 2. *Създаване на пълна конкурентна среда – ограничаване на действието на факторите, предизвикващи увеличение на хоспитализациите*

Допуска се, че поредица от мерки ще успее да потисне факторите, които обуславят нарастването на броя на пациентите, постъпващи в болниците. В резултат този брой стабилно ще се установи на някакво равнище – примерно – 1.3 млн. годишно³⁵. За заплащането на лечението на тези пациенти НЗОК планира определени средства – т.е. НЗОК работи по модел на бюджет със „затворен край“ – както досега.

Веднага трябва да се подчертае, че въвеждането на такива мерки ще повиши изискванията към контролната система, което на свой ред изисква повече ресурси за функционирането ѝ. Болниците на свой ред нямат никакви ограничения и лимити – могат да приемат толкова пациенти, колкото им позволяват

³⁵ Тук е показана само условна величина на този брой. Установяването му изисква задълбочено проучване на всички изброени фактори и на възможността за намаляване на действието на някои от тях.

ресурсите и изискванията за качество на лечението.

За допълнителна яснота се предполага, че в сценария се премахва възможността болниците да трупат неразплатени задължения, които в края на календарната година се погасяват по някакви начини. Разликите от съществуващата ситуация са три:

1. НЗОК има гаранцията, че планираният бюджет за болнично лечение ще стигне за планирания брой болни.
2. Министерството на здравеопазването няма да е под натиск да финансира допълнително преразходите на някои болници.
3. Болниците нямат никакви лимити – т.е. те са поставени в истинска конкурентна среда.
4. Болничните мениджъри имат всички стимули да привличат, а не да отклоняват пациенти.

Възможни следствия

1. Някои „успешни“ болници ще привлекат значителен брой пациенти. В тях болничните мениджъри при необходимост могат да въведат „листи на чакащи“
2. Някои „неуспешни“ болници остават с малък брой пациенти. При тях ще трябва да се обсъжда въпросът за допълнително финансиране (извън коментиранията рамка) или за реструктуриране, ресективно за закриване.
3. Доколкото пълното обезсилване на всички изброени фактори е невъзможно – особено за един планов период (година), очевидно е, че ще трябва да се предвидят определени финансови резерви (буфери), които да позволят заплащане на лечение на пациенти и извън показания условен брой от 1.3 млн.

Сценарий 3. Въвеждане на „управляема конкуренция“³⁶ – създаване на специфични условия за някои болници

Редица болници работят в по-специфични условия – трудно намиране на персонал, отдалечени населени места в района, в който функционират, общини с ограничен бюджет – за основен ремонт и апаратура и пр. Ако се сметне, че по социални и медицински съображения някои от болниците трябва да функционират, те биха могли да се изведат частично (и може би за лимитиран период) от модела на пазарната конкуренция. Възможни мерки:

- въвеждане на доплащане към цените на КП, по които болниците сключват договори;
- въвеждане на допълнително финансиране на общините от държавния бюджет – в рамките на сумите, които те получават за реализация на делегираните от държавата дейности (здравеопазване, образование и др.).

36 Терминът означава подход, прилаган в Националната здравна система на Великобритания – за решаване на сходни задачи.

Възможни следствия

1. Стремение на множество болници да получат подобен статут – особено при липса на ясно дефинирани критерии.
2. Гарантиране на достъпността до болнична помощ за населението от райони със специфични условия.
3. Разход на повече финансови ресурси.

Делегирани и лимитирани бюджети

Според В. Михов – директор на РЗОК – Плевен, е редно да се правят следните разграничения:

– Делегирани бюджети на районните здравноосигурителни каси, които са предназначени за болнична медицинска помощ.

Те са определени на базата на броя на здравноосигурените лица, избрани личен лекар на територията на съответната РЗОК, и на отчетеното в предходната година лечение на пациенти от райони на други здравни каси. Тези бюджети се разпределят по определена методика по месеци и лечебни заведения за болнична помощ (болниците).

– Прогнозни бюджети на болниците.

На тази база ежемесечно ще се отчитат диспропорциите между очакваното и реализираното усвояване на средствата. Сумите ще се коригират всяко тримесечие според броя на лекуваните пациенти по клинични пътеки. Плащанията ще се извършват за реално извършени и отчетени дейности. Парите за лекувани пациенти жители на други области, ще се приспадат от бюджета на техните каси и ще се изплащат на лечебните заведения, в които са лекувани, на принципа „парите следват пациента“³⁷.

Здравен мениджмънт, базиран на доказателства: сега и в перспектива

Настоящият етап на здравната реформа се характеризира със широта – засягат се няколко сектора на здравната система, и с дълбочина – реализират се и се планират в близко бъдеще някои наистина фундаментални промени.

Възниква един съществен проблем. Очевидно е желанието за реформа – простиращо се от „главните мениджъри“ на здравната система – в Народното събрание, в правителството, в Националната здравна каса, в Българския лекарски съюз, в НЗОК, във водещи неправителствени организации, и се стигне до болничните мениджъри и редовите лекари. Ако се съди и по изобилието на мнения в многобройните форуми към някои медии – голям интерес има и от са-

³⁷ Паскова, М. Ръководството на лекарския съюз се опитва да скрие вината си с нескопосани протести. (Интервю с В. Михов, директор на РЗОК – Плевен. – www.bgsever.info/br-04_2008)

мите граждани – пациенти и платци.

Проблемът е, че реформата като цяло и в отделните и направления не е осигурена с данни. В тези условия в повечето от случаите тезите на предлагащите и коментиращите експерти се защитават с аргументи и твърдения от типа: „така е в Холандия, Германия, другаде“, или „гражданите (лекарите, мениджърите) са (или ще бъдат) доволни / недоволни от ...“. Рядко се използват аргументи от типа: „Моето предложение ще увеличи (намали) нещо от ... на...“, „ще измени разходите с ... лв.“ и други – на базата на аргументирани доказателства.

Анализът на коментарите по обсъждания тук инструмент – т.нар. „делегиран бюджет“, блестящо илюстрира горната теза.

Липсват базови за случая данни за болестност и заболяемост по обращаемост, няма данни за броя на хоспитализираните пациенти, лекувани по отделни клинични пътеки, диагнози, диференцирани по пол и възраст.

Липсва анализ на факторите, обуславящи нивото на хоспитализациите, както и за тяхната динамика.

Липсват представителни изследвания за общото здравно състояние на населението и потребността му от различни медицински услуги, в т.ч. и от хоспитализации – както в ретроспективен, така и в проспективен план.

Не се извършват анализи на факторите, влияещи върху здравния статус на лекуваните пациенти.

Няма представителни данни от социологически изследвания за мненията на пациенти и лекари по отделни елементи на медицинското обслужване.

Липсват задълбочени икономически и статистически анализи – за икономическото състояние на отделни (всички) лечебни заведения, както и за влиянето на отделни фактори върху него.

Не се изследват различни варианти (сценарии, ситуации) на краткосрочни и дългосрочни решения с анализи на техни следствия и очаквана ефективност.

Не се провеждат моделни експерименти – реално практическо изучаване на същността и ефектите на внедрени предложения – в по-малък или по-голям мащаб.

Рядко се използват данни от изучаване на аналогични проблеми в чуждестранни здравни системи.

Не се разработват и изследователски проекти по един или друг проблем от немалкото експерти в научните среди (университети, институти, центрове и пр., вкл. и от такива извън медицинската сфера).

По тази причина и настоящият анализ се базира основно на мнения на експерти, изказани в медии, и в много по-малка степен на информация от статистически източници, информационни системи и на научно изследвани и доказани факти, публикувани в съответни научни издания.

От една страна, ситуацията е разбираема – има отпуснато малко „поли-

тическо време“ за реформи и няма никакво време за задълбочено изучаване на каквото и да е – което би отнело минимум една или повече години. Няма и достатъчно надеждни данни – поради определени дефицити на информационните системи и в частност тази на НЗОК.

От друга страна, наложително е да се предвидят такова време и съответни ресурси в близкото бъдеще – веднага след като се видят първите резултати от реформата. От една страна, такова изучаване би изяснило много положителни, както и негативни резултати от реформата, от друга – би дало данни и би очертало насоки и приоритети за провеждане на следващи етапи – вече в спокойна обстановка, с по-дългосрочен обхват.

II. Политика за регионално разпределение на здравните ресурси. Национална здравна карта

Въведение

Според общоприето определение в англоезичния вариант на „Wikipedia, the free enciclopedia“ „карта“ е визуално представяне на територия с помощта на символи, които демонстрират взаимоотношенията между елементите на тази територия, а именно обектите и регионите в зависимост от темата, на която е картата. Картата е инструмент на географските науки, който първоначално се е използвал за изобразяване на разположението на обектите в пространството. Постепенно с развитието на топологията и на свързаните с нея идеи за запазване на основните характеристики и функционалност на обектите, независимо от промените и деформациите в пространството, част от картите еволюират в схеми и планове, които представят логическата свързаност между елементите, като акцентират не на разположението им в пространството, а на връзките и взаимоотношенията между обектите. По такъв начин тези модерни карти се превръщат в инструменти, използвани в мениджмънта и планирането, които показват как се разполагат във времето и пространство елементите на плана.

Как се използват картите в областта на здравеопазването?

Световната здравна организация използва карти и географски информационни системи, за да изследва разпространението на различните заболявания, взаимовръзките им с факторите на средата, наличието и разпределението на здравните ресурси в световен мащаб. Някои по-смели проекти говорят даже за глобално здравно наблюдение и следене на здравното състояние на населението и здравните грижи в реално време.

Друг начин е използването на здравните карти като инструменти за управление и планиране на здравните ресурси. Тогава картата става част от мениджърския инструментариум и се използва в по-голяма или в по-малка степен според стила на планиране.

В единия случай картата става основен документ и придобива първостепенна важност. Това се случва при планиране, основано на териториален принцип. Целта при този вид планиране е равномерното покриване на дадена територия от мрежа, която предоставя услуги. При него се предполага наличие на неограничени ресурси в материално и човешко измерение и не се акцентира на качеството на обслужване, като се смята, че наличието на количество (материален и кадрови ресурс) ще премине автоматично в качество. Пример в това отношение е системата на земска медицина в Руската империя и планирането на здравните грижи в СССР на териториален принцип, известно още като сис-

темата на Семашко. Основни характеристики на тази система са осигуряването на здравно обслужване на голяма територия и зависимостта от финансиране от един източник, т.е. държавно финансиране.

Във втория случай картите се използват като помощен инструмент за по-пълно изследване на взаимовръзките между отделните елементи от системата за предоставяне на здравни услуги. При изработването им се използват редица други изследователски и управленски инструменти за събиране, класификация, оценка и представяне на информацията – епидемиологични, социологични, електронни, политически, количествени и качествени. В тези случаи картата е просто още един инструмент, използван при планирането, който подпомага процеса на договаряне и планиране, а също така улеснява представянето на съставените планове с цел подлагането им на обсъждане и одобряването им.

Предистория

Използването на карти в процеса на изработване на национални политики в българското здравеопазване датира още от времето на командно-административния период в управлението му. Разпределянето и прикрепването на здравните ресурси към териториалните единици придоби такава популярност и размери, че в периода на разцвета си включваше дори прикрепване на потребителите на здравни услуги към същите райони и водеше до нарушаване на човешките права. Впоследствие с развитието на реформите в сферата на здравеопазването и с нарастващия натиск на възстановените пазарни отношения в здравната сфера и свързаното с тях намаление на ресурсите натискът на районирането намаля. Този натиск все още обаче съществува – например прикрепването на пациента, получаващ заплатени от НЗОК медикаменти, към местната РЗОК.

За национална здравна карта в България започна да се говори системно със създаването на здравноосигурителната система. Тогава беше изработена и представена Национална здравна карта. Идеята на този документ беше да осигури на населението в различните региони у нас минимална здравна помощ. Документът получи широко огласяване след публикуването си под формата на наредба на МЗ. Макар че първоначалната идея е този документ да има ориентировъчен характер и да дава възможност на политиките в здравеопазването да регулират системата, първоначалната (и единствена досега) цялостна версия на картата е пълно описание на съществуващите лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ.

През следващите години темата за здравната карта се появяваше периодично в реториката на управляващите в областта на здравето. Периодично картата се споменаваше като средство за качествено планиране или се правеха съобщения за развитие на глобална информационна система в областта на здра-

веопазването. От друга страна, картата се използваше от здравната администрация като страшилище за лекарските гилдии заради възкресяване на идеята за твърдо администриране и връщане на разпределението като рутинна практика. Обикновено в края на календарната година се съобщаваше, че националната здравна карта е почти готова и скоро ще влезе в сила.

В края на 2008 и началото на 2009 г. започна обсъждане по места на регионални здравни карти, които, събрани заедно, да съставят национална здравна карта. На събираните за тези обсъждания консултативни съвети се получаваше сериозен отпор на съставените от поделенията на Министерството на здравеопазването (РЦЗ) регионални здравни карти. В резултат на това подготвените вече документи не бяха приети. Против се обявиха структурите на местната власт в регионите и местни организации на професионалисти. Основният довод, представен от тях, беше, че подобни регионални здравни карти са необходими, но представените им документи се зле консултирани, стоящи далече от реалното състояние на нещата в региона и некачествено изработени.

Този кратък преглед на събитията показва, че добрите практики при формулирането на регионалната политика на Министерството на здравеопазването продължават да не се случват. Целта на настоящата студия е да представи хипотеза за причините за този неуспех. За да постигнем това, ще изложим практиките при управлението на процеса на регионално планиране според препоръките на Европейската комисия, ще съберем информация от поделенията на МЗ в областните центрове в България за участието им в този процес и ще представим обобщение и анализ на тази информация.

Препоръки за добра практика при оценката на регионалните потребности от здравни услуги. Процес на планиране в здравеопазването

Процесът на планиране може да се раздели условно на три етапа, които преливат един в друг. Логичната свързаност между тях изисква резултатите от дейностите на всеки етап да служат като изходен ресурс при изпълнението на дейностите на следващия. Следвайки тази свързаност, се формулират следните етапи:

- Оценка на потребностите, нагласите, ресурсите и приоритетите.
- Планиране на пакет от приоритетни дейности.
- Изработване на система за събиране на информация по време на изпълнението на дейностите, която е необходима за следващия цикъл на планиране.

Медицината е бързо развиваща се наука. Поради сложността на човешката физиология развитието е произвело голямо разнообразие от медицински технологии. В същото време ресурсите, отделяни за здравни разходи, се увели-

чават в зависимост от финансовото състояние на обслужваната популация и се влияят силно от законите, контролиращи свободното развитие на икономиката и търговията. Оттук произлиза едно от основните правила на здравния мениджмънт, а именно – необходимостта от планиране при постоянен недостиг на ресурси, особено финансови. В процеса на планиране трябва да се осигури разпределението на оскъдните ресурси по оптимален начин или поне по начин, удовлетворяващ най-големи групи потребители. В същото време е необходимо да се осигурят достатъчно средства не само за функционирането на здравната система, но и за поддържането ѝ в изправност, развитието и разширението ѝ. Като продължение на процеса и за да се направи развитието устойчиво, е необходимо да се осигури система за събиране на информация, необходима за оценка на постигнатите резултати и за продължаване на планирането на следващия етап на развитие.

Не съществува общоприета технология за извършване на точна оценка на потребностите от здравни услуги. При тази оценка трябва да имаме предвид следните предварителни забележки. Първо: не съществува идеален модел на локална система от здравни услуги. По-скоро трябва да се търси разумен баланс от сбор от различни услуги, които имат висока степен на „пасване“ при наличните местни условия. Второ: не съществува такова нещо като правилна схема за оценка на потребностите. В най-добрия възможен вариант се достига само до разумна, близка до реалността оценка, която се основава на най-добрата налична информация.

Съществуват редица модели, които разглеждат процеса на планиране в медицината. Тук накратко са представени необходимите етапи според модела на Уинг с коментари от по-ново време от Торникрофт и Танзела. За по-добро представяне на отделните етапи са използвани препоръките на Европейската комисия, публикувани в периодично издаваното от нея ръководство за практическо проектно планиране.

Събиране на актуална информация за района на планиране

Процесът на планиране започва със събирането на данни, отнасящи се до района на планиране. Събират се данни, свързани с разпространението на болестите и доставката и потреблението на здравни услуги. Събраните данни се използват за оценка на местните потребности от здравни услуги. Предмет на интерес представляват следните 3 типа информация:

1. Информация, основаваща се на епидемиологията:

- характеристики на популацията – фактори, свързани със заболяемостта;
- епидемиологични данни – заболяемост и инвалидност за опреде-

- лен район по пол, възраст и социален статус;
- брой лекувани хора;
- място и тип на лечението;
- хора, които се нуждаят от лечение.

2. Информация за доставката на услуги:

- дефиниране на категории от видове услуги за първичната, вторичната и третичната медицинска помощ;
- определяне на капацитета на тези видове услуги;
- качество на предлаганите услуги в различните служби;
- информация за количеството и качеството на персонала в службите;
- интеграция и координация на различните видове услуги в системата на обслужване.

3. Информация за потреблението на услуги:

- базирана върху събитието информация за клиничните контакти по различните нива на обслужване (стационари и амбулатории), брой на събитията и съотношението им на популация от 10 000 души на година;
- индивидуално базирани данни – както за отделните клинични контакти, така и за епизодите на лечение във всички нива на обслужване за годината;
- информация за изхода и цената на различните клинични контакти (разпределена по подгрупи на пациенти), чрез които да се установят съвместимостта и взаимозаменяемостта на различните видове услуги според принципа цена – ефективност.

В горния списък е представена информацията, която се препоръчва да бъде събрана за да се започне процесът на планиране в здравеопазването. Този списък може да се разглежда като идеален модел, който би осигурил едно управление, базирано на доказателства с достатъчно информация, за да работи правилно. Ако се заемем да изследваме дали тази информация е налична в България (на национално ниво), ще установим, че с много малко изключения такава информация или не се събира, или не се обобщава. Нещо повече, дори и за неща, толкова обвързани с финансирането, като профила, структурата, капацитета на лечебните заведения и осигуреността им с персонал, липсва цялостна и достоверна информация. Възможна причина за това е липсата на съвременна система за класификация на службите.

Когато става дума за национално ниво, горната забележка не представлява особен проблем – винаги има начин да се използват държавните ресурси и системи за събиране на данни и след леко пренастройване да бъдат направени

способни да акумулират необходима и правдива информация. Това обаче невинаги важи за информацията, необходима на локално ниво. Ако се интересуваме от конкретен регион, описаната по-горе информация невинаги може да бъде събрана. За да се избегне пълната липса на информация и работата „на тъмно“, се използва следната система за адаптиране на информация, идваща от други нива (Фиг. 5):

Фигура 5: Система за адаптиране на здравна информация, идваща от други нива.



От фигурата се вижда, че най-ценни са данните от местните епидемиологични проучвания. Такива обаче най-често не са налични. В този случай се използват национални или международни епидемиологични данни. Едва след тях по достоверност се нареждат данните от други неизследователски източници и експертните оценки. Не на последно място събраната информация трябва да бъде подложена на последна обработка и критичен анализ, преди да се използва.

Процес на планиране

Тук разглеждаме процеса на планиране като част от инструментите за правене на политика. Това означава, че основна цел на планирането е съвместяването на интересите на всички заинтересувани страни. За да се случи това, трябва да се създадат условия за провеждане на диалог и обсъждане на всеки

елемент от разглежданата система от проблеми. Необходимо е активно да се издирят всички потенциални участници и да се потърсят за обсъжданията. Този начин на действие ще позволи не само произвеждането на качествен продукт, но и ще спомогне за намаляване на съпротивите срещу непопулярните мерки, които се е наложило да бъдат предприети.

За да се случи всичко това, се препоръчва да се премине през следните стъпки:

Стъпка 1: Конституиране на планираща група, която включва широк спектър от представители на местни заинтересувани групи, а също така и експерти съветници.

Стъпка 2: Селективна оценка на цялата събрана информация, свързана с процеса на планиране.

Стъпка 3: Поставяне на средносрочен период на планиране на услугите (3–5 години).

Стъпка 4: Идентифициране на потребностите от услуги с най-висок приоритет (задоволени и незадоволени потребности).

Стъпка 5: Идентифициране на незадоволените потребности (медицински и социални) с най-висок приоритет. Събиране на допълнителна информация от въвлечените страни – в положителен или отрицателен план.

Стъпка 6: Изработване на план със следните 4 приоритетни области:

- нови типове услуги и необходими служби;
- разширяване на капацитета на съществуващите услуги;
- намаляване на инвестирането в услуги с нисък приоритет;
- организиране на събирането на нови данни, необходими за новия цикъл на планиране.

С тези 6 стъпки се осигурява приемственост, като се затваря процесът на планиране за дадения етап (период от 3 до 5 години) и се започва следващ етап на планиране.

От така изброените 6 стъпки от ключово значение е първата. Издирването и подбора на заинтересуваните страни е от най-голямо значение за крайния успех и на процеса на планиране, и на самия проект. Затова ще се спрем малко по-подробно на него.

Определяне на заинтересованите групи (стейкхолдери) и организиране на срещи с тях

Основната идея, стояща зад концепцията за заинтересованите групи, е, че всяка от тях има различни съображения, възможности и интереси, които трябва да бъдат взети под внимание при определянето на процесите, проблемите и приоритетите и при залагането на целите на проекта. Затова още във фазата на планиране трябва да се извърши анализ на заинтересованите групи

– определяне на потенциалните заинтересовани лица и оценка на характеристиките и възможностите им.

Към заинтересованите групи спадат всички лица, групи от хора, институции или фирми, които имат значим интерес от успеха или провала на даден проект, във функцията си на субекти, които ще участват в изпълнението на проекта, ще подпомагат дейностите по него, ще се облагодетелстват от резултатите му или, обратно, са негови противници и желаят провала му.

Основните заинтересовани лица по един проект обикновено включват преките му бенефициенти, партниращите правителствени институции, неправителствени организации, граждански сдружения, общности по местата на изпълнение на проектните дейности, лицата и организациите, финансиращи проекта, други финансиращи институции. Специално внимание при определянето на заинтересованите групи се отделя на лицата с увреждания. В по-общ смисъл като заинтересована група може да се включи и обществото като цяло.

Анализът на заинтересованите групи включва:

- Ясно установяване на заинтересованите лица.
- Анализ на възможностите им.
- Определяне на полово-възрастовата структура и социално-икономическия статус на целевите групи и идентифициране на групите в риск (например лицата с увреждания).
- Анализ на интересите на отделните заинтересовани групи.
- Описание на процедурите по определяне на заинтересованите лица.
- Анализ на отношенията между заинтересованите лица и потенциалните конфликти на интереси.
- Оценка на силните и слабите страни на структурата, възможностите и управлението на организациите, отговорни за изпълнението на проектните дейности.
- Определяне на действия за ангажиране на заинтересованите групи.

Изпълнението на този анализ цели да се събере информацията, необходима за разработването на планове за координация на работата на различните заинтересовани групи, да се даде гласност на съображенията им и да се разрешат конфликтите на интереси.

За определяне на характеристиките, възможностите и интересите на заинтересованите групи, както и за осигуряване на участието им в проектните дейности се провеждат срещи и консултации с тях. Първоначалната среща цели анализ на заинтересованите групи. При провеждането ѝ най-напред се прави кратко въведение в идеите на проекта, а после се пристъпва към обсъждане между участниците. Всички идеи и потенциални проблеми, установени при тази среща, се взимат под внимание при определянето на целите и стратегията на проекта. Следващите срещи се провеждат с цел мониторинг от страна на заинтересованите групи върху изпълнението на проектните дейности.

Въвличането на заинтересованите групи в планирането и провеждането на един проект е важен елемент на проектния подход. Целта на анализа на заинтересованите групи е да осигури информация, която да максимизира това въвличане и да предотврати възможни конфликти при извършването на проектите дейности.

От казаното дотук става ясно, че работата със заинтересованите страни трябва да предшества изработването на какъвто и да е проект. Това в още по-голяма степен важи и при изработването на документ на планирането, който има претенциите да представлява стратегия и политика за развитие на даден сектор на територията на даден регион, какъвто документ е здравната карта. От евентуалните реакции срещу представените от РЦЗ регионални здравни карти може да се предположи, че те не са били изработени по описаната дотук методика. В следствие на това заинтересованите страни нямат идеята за авторство върху проекта, това ги кара да реагират с неприязън дори и на потенциално добри предложения.

Изследване на процеса на изработване на регионалната политика на МЗ

В предишните части на този текст изложихме препоръките за добра практика в областта на планирането в здравеопазването, които се използват в Западна Европа. Нека сега да сравним работата на регионалната администрация в областта на здравеопазването в България с европейските модели. За да направим това, потърсихме информация по два пътя – публичен и служебен. Смятаме, че по този начин покриваме цивилизованите и прозрачни начини за комуникация в администрацията. В процеса на събиране на информацията имаше и лични неформални контакти. Събраната чрез тях информация за процеса на вземане на решения в регионите на България и относно самочувствието на представителствата на МЗ в страната също ще бъде включена в анализа.

Публичният път за събиране на информация се облегна основно на разпитите през последните години и финансирани по програма ОПАК сайтове на РЦЗ в страната. Почти всички Регионални центрове по здравеопазване имат собствени сайтове. Тези сайтове обаче с много малко изключения са зле поддържани и рядко обновявани. Очакването, че документът, наречен Регионална здравна карта, ще бъде публикуван поне на сайта на съответния РЦЗ, в повечето случаи не беше оправдано. В редките случаи на публикуването на тези документи често се случваше така, че те бяха разположени на трудно откриваеми в сайта места или прочитането им изискваше компютърна грамотност над средната. Всичко това създава впечатление на нежелание за оповестяване на разработените регионални планове. Не може да се установи обаче дали това нежелание се дължи на нежелание да се влиза в дискусия с потенциалните противници на плановете, или на неудобство от недобре свършената работа.

Другият път за събиране на информация бяха анкети, които разпратихме до ръководителите на РЦЗ и РИКОЗ в 28 области на станата от името на НЦООЗ. Основна цел на анкетата беше да определи доколко регионалната политика в областта на здравеопазването се базира на доказателства. Въпросниците бяха придружени с писмо, в което ръководителите на тези служби бяха помолени да попълнят картата. От очакваните 56 броя попълнени анкети получихме 34 (61% отзивчивост). При процеса на събиране на информацията се натъкнахме на интересни психологически феномени. Оказа се, че терминът „управленско решение“, който се използваше често в анкетите, затруднява някои от респондентите и ги кара да се чувстват глупаво. Получихме дори устното уверение, че в РЦЗ не се вземат никакви управленски решения, а само се изпълнява политиката на МЗ, която се спуска по служебен път от София.

Анализ на събраните данни

За нуждите на това изследване ще представим анализа на събраните резултати в 3 области:

1. Периметър на дейността на регионалните представителства на МЗ.
2. Начини на събиране и обработка на информация.
3. Начини за комуникация със заинтересованите страни.

Периметър на дейността на регионалните представителства на МЗ

На следващата таблица са показани твърдения, свързани с дейността на регионалните структури на МЗ, които се рангирани според честотата на отговорите на ръководителите им, като най-популярните отговори са най-отпред.

Таблица 21.

Област	Ранг
Събиране, изпращане на статистическа информация	1
Здравно състояние на населението	2
Специализация и обучение на персонал	3
Управление на медицинския персонал	4
Финансиране на здравни процеси и дейности	5
Здравна политика	6
Разпределение на здравни ресурси	7
Проблеми с околната среда	8
Нормативна база на здравната система	9
Разположение на здравната мрежа	10

От таблицата може да се види, че темите, свързани с регионалната здравна политика – разпределение на здравните ресурси и разположение на здравната мрежа, са съответно на 7. и 10. място, което доста ги отдалечава от приоритетните задачи на тази част от държавната администрация. Водещите две теми в работата на РЦЗ – събирането и изпращането на статистическа информация и здравното състояние на населението, не представляват нищо повече от куриерски функции между доставчиците на здравна помощ и централната администрация на МЗ. Обръщаме внимание, че това е анкета, разкриваща мнението на хората в регионалните представителства на МЗ, и не претендира за абсолютна достоверност. Ценността на тази информация е по-скоро относно това, доколко регионалните служители се чувстват овластени да изработват стратегии и политики и да взимат самостоятелно решения или да бъдат просто предани и безгласни държавни чиновници.

Начин на събиране и обработка на информация

По-горе беше обърнато внимание на ключовото значение, което има правилното събиране и обработка на информацията за процеса на планиране. Нека да видим доколко се спазва препоръчаният път при взимането на решения в регионалните представителства на МЗ и каква тежест имат различните източници на информация за хората, правещи регионалната здравна политика. На долната таблица виждате споменатите вече методи за събиране на информация, подредени според популярността си и честотата на употребата си.

Таблица 22.

Вид метод	Ранг
Статистически методи	1
Експертни оценки	2
Социологически проучвания	3
Данни от други изследователи	4
Международни изследвания	5
Компютърни симулации	6

Очаквано и съвсем на място с най-голяма популярност се ползват статистическите методи или, казано с други думи, – методите на епидемиологията. Трудностите тук идват от факта, че регионалните структури на МЗ нямат възможност да обобщават самостоятелно събираната от тях информация, което прави регионалните данни трудно достъпни. Друга трудност са ненапълно подходящите схеми за събиране на информация, които не са осъвременявани

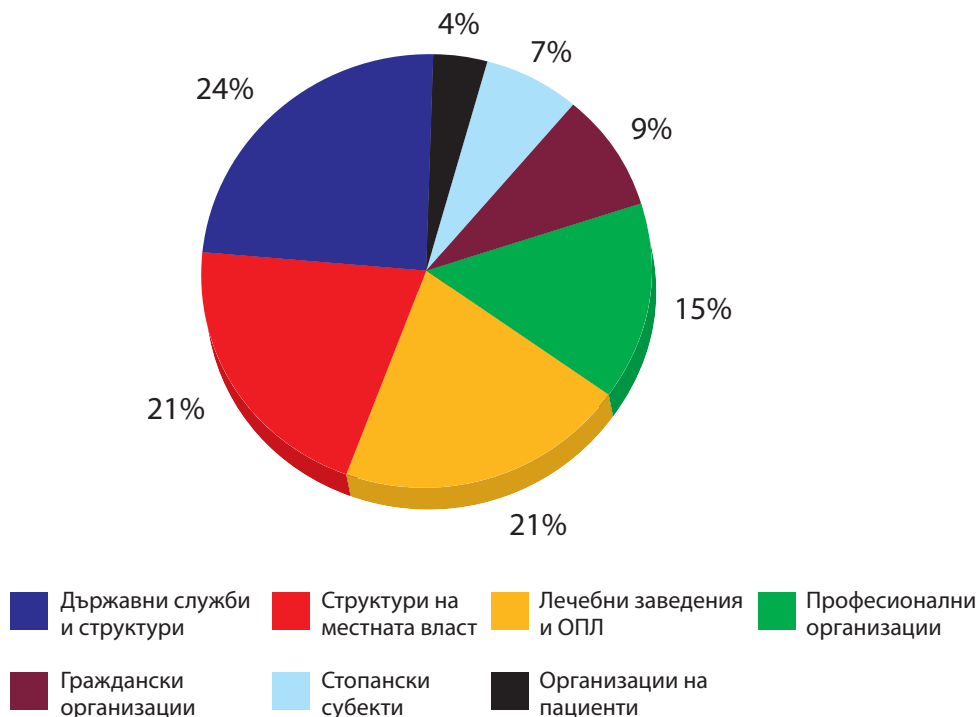
от дълги години въпреки промените в здравната система. Разбираемо е и последното място на компютърните модели в процеса на събиране и обработка на информация. Изненадата тук е по-скоро, че изобщо ги има, защото се нуждаят от скъпа технология и от обезпеченост със специалисти.

Различно от препоръчваната добра практика е използването на данни от международни проучвания и експертните оценки. Въпреки множеството спорове относно уместността на интерпретацията на международни данни на национално и още повече на локално равнище, тези данни се смятат за по-достовирен източник от експертните оценки и използването им се препоръчва в по-голяма степен. Не така обаче стоят нещата у нас. Експертните оценки са много по-популярни от данните от международни проучвания. Това, заедно с лошото качество на епидемиологичната информация, силно влошава информационната база на процеса на планиране и отдалечава крайния продукт от понятието „политика, основана на доказателствата“.

Заинтересовани страни и начини за комуникация с тях

На участниците в анкетата беше предложен кратък списък на потенциалните страни, които биха имали интерес от участие в обсъждането и изработването на регионалната здравна политика. В него бяха включени структурите на държавната власт в регионите, представителите на местната власт, доставчиците на здравни услуги, организациите на професионалисти и на пациенти, неправителствените и стопанските организации. Участниците бяха попитани колко често и по какъв начин се допитват до мнението на съответните заинтересовани групи. Следващата фигура изобразява отговорите им (Фигура б):

Фигура 6.



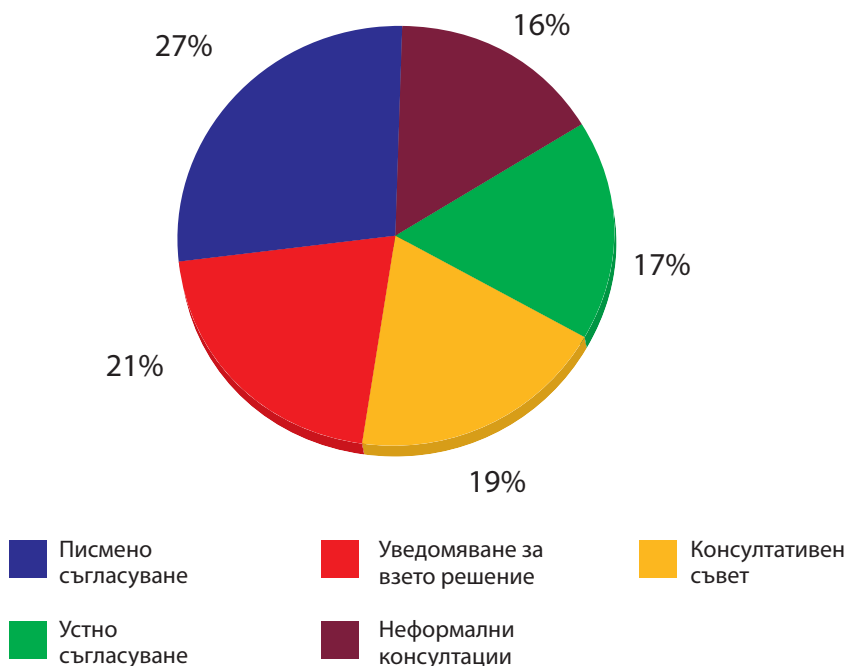
В идеалния вариант горната фигура би трябвало да има правилно разпределение на отделните части. Според представения по-горе модел регионалната политика трябва да бъде консултирана с всички заинтересувани страни. Както виждаме в нашето изследване, това не е така. От фигурата личи, че регионалните представителства на МЗ се допитват най-често до мнението на другите регионални представителства на централната власт. Този факт изглежда странно на фона на чувството за обезвластеност, което, както видяхме по-рано, е широко разпространено сред регионалните държавни чиновници. Обезвластеността предполага, че спуснатите от министерствата решения се изпълняват, без да се обсъждат и модифицират, а е логично взетите решения вече да са съгласувани на централно ниво. Тези данни говорят най-вече за липсата на ефективност при работата на държавната администрация.

Другите организации, с които се провеждат редовно консултации на регионално ниво, са структурите на местната власт и изпълнителите на здравни услуги, както и – в по-малка степен – организациите на медицински професионалисти. По-скоро е изключение да се извършват консултации със структурите на гражданското общество (особено с организациите на пациенти) и със стопанските организации. Една възможна причина за това е слабото развитие и вялата

активност на сектора. Друга вероятна причина е липсата на активност от страна на РЦЗ в издирването на тези потенциални партньори и вероятното нежелание да се канят в консултативните съвети хора с враждебно отношение към обсъжданите проекти. Тази теза косвено се потвърждава от факта, че гражданските организации се посочват като потенциален партньор по-често от пациентските организации. Това поведение на студенина и отбягване е част от причините за вялата активност на НПО сектора. Ролята му е да коригира дейността на правилствените служби. За да се случи това, е необходимо да се провежда непрестанен диалог, условие за който е взаимната чуваемост. Такава чуваемост, поне от страна на администрацията, засега липсва.

Вторият аспект на анкетата беше да се проучат начините на комуникация на регионалните представителства на МЗ със страни, които са потенциално заинтересовани от регионалната политика в областта на здравеопазването. За целта на анкетиранията беше предложен списък от възможни начини на комуникация: консултативен съвет, писмено съгласуване, устно съгласуване, уведомяване за взето решение и неформални консултации. На следващата фигура е представено съотношението между различните видове комуникация, използвани от РЦЗ (Фигура 7).

Фигура 7.



Най-добрият начин за обсъждане на въпроси от общо значение е създаването на консултативни групи. Както се вижда от фигурата, по-малко от една пета от извършените консултации са направени по този начин. Основният начин на комуникация в държавните институции е писменото съгласуване. Това е добър метод на работа, защото записаните становища остават. От друга страна обаче, той не е удобен за работа в условията на демократично общество и на отворена към потребителите държавна администрация. Особено притеснителен е фактът, че 21% от процедурите за обсъждане се ограничават до чисто административния начин – уведомяване за взето решение.

Когато обсъждаме причините за тези резултати, трябва да вземем под внимание и дела на устното съгласуване, както и неформалните консултации. Заедно те съставляват една трета от начините за комуникация. Това може да се тълкува като проява на желание от страна на хората, работещи в администрацията, да обсъждат решенията си. Въпреки наличието на такова желание обаче, обсъждането не се случва и рутинният начин на работа се ограничава до писмено съгласуване или уведомяване за вече взето решение.

Заклучение

Изследването показва, че регионалната здравна политика е въпрос, който интересува силно администрацията, организациите на здравните професионалисти и гражданите. Залозите в тази сфера на управление на здравеопазването са толкова високи, че трудно се намират желаещи да поемат отговорност за взетите решения. Липсата на желание за поемане на отговорност може да бъде посочена като възможна причина за неуспехите. Другите причини се коренят в наложения през годините административно-команден стил на управление в здравеопазването. Този начин на работа изключва въвличането в процеса на взимане на решение изпълнителите на здравни услуги, пациентите и структурите извън здравния сектор. Поради това здравната администрация не умеет и не желае да използва обществения ресурс при взимане на решения. Това важи не само за обекта на нашата анкета – регионалните структури на МЗ. Подобна липса на желание се наблюдава и на централно ниво. Като илюстрация на това твърдение може да се посочи пример за противоположен вид политика – този на Европейската комисия. Цитираното „Ръководство за мениджмънт на проектния цикъл“ е документ, създаден на централно ниво. Той се осъвременява и обогатява с примери и политики през няколко години и по този начин служи като реално помагало при изготвянето на регионални секторни политики и при изготвяне на проекти за изпълнението им. Нещо повече – чрез различни инструменти, включени в документите за кандидатстване за финансиране, органите на ЕК изискват и следят за спазването им. Ръководейки се от този пример, можем да заключим, че липсата на подобен начин на работа в България – препоръчан

и изискван от МЗ, е причина за неуспехите, наблюдавани при формулирането на политика на местно ниво.

Поради липсата на подобна методика регионалните здравни администрации изработват местни политики, които са неактуални и спорни. В процеса на изработване администрациите са затруднени и от липсата на необходимата информация за заболяемостта, за потребностите от здравни услуги и дори за здравната мрежа – разположение, ресурси, капацитет и натовареност. Причина за това е, че съществуващите информационни здравни системи са до голяма степен остарели или събират само частични данни. Вследствие на тези негативни фактори опитите за създаване на регионална здравна политика по административен начин, който не се базира на доказателства и не е подложен на обществено обсъждане, само увеличава хаоса в системата за предоставяне на здравни услуги.

III. Последници за медицинското обслужване от нулевия прием за специалност в сферата на здравеопазването в периода 2005–2008 година

Задълбочава се кризата с недостига на лекари и сестри

14. 09. 2009, 12:29

news.bg

В срок между 3 и 5 години ще настъпи голяма криза за лекари и медицински сестри в страната. Това заяви във Варна заместник-министърът на здравеопазването Валерий Митрев, цитиран от БНР.

По думите му недостиг на такива кадри има и в момента, но процесът ще се задълбочи.

Според Митрев е дадено разпореждане на Районните центрове по здравеопазване в страната да направят прогноза по региони за нуждата от кадри през следващите години.

В момента при лекарите недостиг се очертава при анестезиолозите и хистолозите.

Липсата на специалисти – тежък проблем в ямболските болници

13. 09. 2009, 12:50

news.bg

Липсата на лекарски и специализиран медицински персонал се превръща в нерешим проблем за лечебните заведения в Ямболска област.

За това алармираха директорите на ямболската и елховската болници на среща с областния управител Таня Димитрова, съобщи БНР.

В областта **няма нито един онколог**, а поради липса на хирурзи отделението в Елхово е закрито. Независимо че заплащането в ямболската болница е добро, лекарите отиват в частните клиники, каза изпълнителният директор на многопрофилната болница в Ямбол д-р Борис Чорбаджийски.

Наскоро публикуваните изказвания на здравни политици разкриват само част от последиците от един от най-големите проблеми и провали в сферата на политиката и организацията на обучението на медицински кадри в България по време на управлението на предишното правителство (2005–2008 година). Резултатите от липсата на възможности за професионална реализация на медицинските специалисти вече са налице – липса на кадри в различни здравни заведения. В дългосрочен план липсата на специалисти ще се задълбочава освен поради тази празнина в приема и поради мобилността на лекарите и сестрите в чужбина с цел по-добра реализация. По тези причини осигуряването на адекватни възможности за специализация по различните медицински специалности в България се явява като една от най-важните задачи в програмата на новото ръководство на Министерството на здравеопазването. Нужни са различни интервенции и опити за компенсирание на така кумулирания проблем.

Същност и значение на специализацията по медицина

Медицинска специалност е специфична област от медицината, в която даден лекар практикува. Придобиването на специалност в системата на здравеопазването се осъществява чрез теоретично и практическо следдипломно обучение, наречено медицинска специализация. За различните медицински специалности времетраенето на специализацията е различно. Лекарите, които са в процес на медицинска специализация, се наричат специализанти. След теоретичното и практическото обучение специализантът има правото да се яви на държавен изпит за специалност. При успешното полагане на държавния изпит на лекаря се издава диплома за придобита специалност.

Определение за специализация по медицина и за процедурата за определяне на броя на местата описват по структуриран и сбит начин основните характеристики на следдипломното обучение. Неговото провеждане би трябвало да е рутинна и безпроблемна практика в страна, в която здравеопазването е заявен приоритет на всяко правителство. На практика обаче в периода 2005–2008 г. в България сме свидетели на невиджан в последните десетилетия хаос и липса на възможност за реализация и започване на работа по специалността на хиляди млади дипломанти по медицина.

Хронология на проблема

Хиляди български лекари имат лошия шанс да завършат медицина в български медицински университет в годините 2005–2008. Естественият път на развитие за всеки лекар след като завърши е да се профилира по-тясно, да придобие т. нар. специализация. От 2005 г. до края на 2008 г. обаче на нито един млад лекар в България не е даден шанс да специализира. Годините 2005–2007 са обявени за „нулеви“. По този начин хиляди млади хора не получават възможност за кандидатстване за специализация. Първите места за специализация са обяве-

ни през 2008, но практически специализацията започва в края на 2008 г., причина за което е закъснялото одобрение на програмите за отделните специалности. По време на тази криза голяма част от управляващите здравни политици се профилират в различни области на популистко говорене, а специалности, които масово са в недостиг в лечебните заведения, са забравени. Пред всеки млад лекар, завършил медицина в този злополучен период, има няколко възможности – най-често да рекламира лекарства като представител на фармацевтична фирма, да смени попрището на практикуването на медицинската си професия с друго, да опита да лекува в чужбина или, преглъщайки честолюбието си, да помоли близките си да го издържат още само ... няколко години.

В този момент на професионално отчаяние и липса на перспектива за реализация през 2007 г. тогавашният здравен министър проф. Р. Гайдарски заявява намеренията на държавата най-накрая да вземе под крилото си хилядите лекари, чакащи за места за специализация. Обявени са 2576 места за българи. Първата форма на специализация е т. нар. „клинична ординатура“, за която държавата плаща на лекаря две минимални работни заплати за период средно от четири години, през които той работи на пълен работен ден в болница, като след това може да бъде задължен да работи по разпределение в провинцията за същия период от време. Втората форма на обучение, представена от 1157 места, е така нареченото „платено обучение“, което означава, че лекарят работи 4 или 5 години, за което сам плаща по 2100 лв на година, без да получава никакви средства и без годините да се броят за трудов стаж. Въпреки това през март 2008 г. хиляди се явяват на „леко“ закъснелия с три години конкурс за специализации! Също така „леко“ закъснява и обявяването на резултатите и класирането. След като конкурсът минава, всички приети вече с нетърпение чакат да започнат работа, въпреки че възнаграждението е минимално или въобще липсва. Неочаквано обаче след обявяване на резултатите през април 2008 г. специализантите не сключват договори и не започват да упражняват професията, за която са дали повече от 6 години. До средата на септември 2008 г. все още няма подписани договори и никой не е започнал работа. Колегите правят множество запитвания на място в ректората на МУ – София, и в Министерството на здравеопазването и чак в края на 2008 г. и началото на 2009 г. и след загубени от конкурса до започването на работа над 15 хиляди месеца лекарски труд специализациите започват.

Причина за закъснялото развиване на програмите за обучение е неизясненият регламент кой е отговорен за тях. От една страна, МЗ ползва националните си консултанти по отделните специалности, а, от друга, съгласува програмите с 5-те висши медицински университета. Административната бюрокрация, незаинтересоваността и липсата на работеща процедура предизвикват неколкогодишно забавяне в разработването, приемането и стартирането на тези програми.

Друг голям проблем е фактът, че времето на специализацията не се смята за трудов стаж, защото не се сключва трудов договор, а специализантите работят на граждански договори. Така освен осигуровките, които всеки трябва да си плаща сам, в проблем се превръщат и майчинството и ползването на болнични или платен годишен отпуск. И ако здравните осигуровки не са високи, то пред много от младежите стои проблемът с трудовите застраховки. Например бъдеща майка, още незапочнала работа, ще получи най-ниското майчинство. Това обаче може да прерасне в проблем дори ако започне работа по специализациите. Причината е, че здравните чиновници обясняват на специализантите, че няма да работят на трудови, а на граждански договори. По изчисления на самите випускници от конкурса през 2007 г. до края на 2008 г. държавата е изгубила приблизително 15 456 месеца лекарски труд. Самите болници, където трябва да учат специализантите, също са губещи поради липсата на квалифициран медицински персонал. Младежите не са сигурни дори в това, дали спечелените толкова труд места в болниците ще останат за тях и дали някой няма да анулира целия конкурс. Затова те твърдо са решили да потърсят правата си и са направили собствен блог и онлайн-петиция, която всеки може да подкрепи.

На запитване от страна на телевизия БТВ студентите получават официално становище от Министерство на здравеопазването. Отговорът е сух и празен откъм съдържание, прозира скрита зад цифри демагогия, липсва каквато и да е съпричастност към проблема, налице е безотговорен чиновнически подход. Затвържава се впечатлението за липса на интерес на служителите в МЗ да решат проблемите. Налице е пасивност и отказ да се поеме инициатива за разрешаване на проблема. Никой от МЗ не споменава, че според предишната наредба, по която преди нулевите години всички са се явявали на конкурс, страна в договора е и МЗ. В същото време самото министерство чрез поправка в наредбата прави циничен опит да си измие ръцете 3 месеца след провеждането на конкурса. Дословно се заявява следното: министерството не е страна по договора, следователно никой там не носи отговорност за забавянето.

В отговор на поставените от телевизия БТВ писмени въпроси:

Защо все още не са започнали специализациите на студентите по медицина? Кога ще започнат? Има ли сключени договори със съответните бази за обучение?,

МЗ информира следното:

Съгласно чл. 24, ал. 1 на Наредба № 34 при спечелен конкурс за специализация се сключва договор за обучение за придобиване на специалност между спечелилия конкурса и висшето училище. Страна по договора е и лечебното заведение или регионалната инспекция по опазване и контрол на общественото здраве, когато съгласно учебната програма те провеждат практическо обучение (чл. 24, ал. 2 на Наредба № 34). Обучението за придобиване на специалност започва от датата, посочена в договора по чл. 24, ал. 1 на Наредба № 34 (чл. 24, ал. 7 на наредбата).

От цитираното се вижда, че Министерството на здравеопазването не е страна по договора по чл. 24 на Наредба № 34 и не определя датата за започване на специализацията.

Друг проблем със специализациите по държавна поръчка е разпределението на завършилите на неатрактивни и по-малко желани места в страната. Алинея 1 от чл. 11а. на Наредба 34 гласи: „Лице, прието на място за клинична ординатура или на друго място, финансирано от държавата, се задължава след придобиването на специалност да постъпи на работа в лечебно или здравно заведение, определено от министъра на здравеопазването, за срок, равен на продължителността на обучението му“.

И още: „Алинея (3): В случай, че лицето не постъпи на работа в лечебното или здравното заведение, определено от Министерството на здравеопазването, то дължи обезщетение на Министерството на здравеопазването в размер на заплатените средства за теоретично и практическо обучение за периода на проведеното обучение.“ Така много от кандидатите предпочитат да кандидатстват за платена специализация, за да избегнат подобно „крепостничество“.

По отношение на наредбите преди Наредба 34 липсва обратната връзка, какво се случва с новозавършилите специалисти, техният професионален път не е проследяван и така потокът в страната и чужбина не може да се наблюдава и координира.

В Наредба 34 се прави опит да се създаде и да се поддържа регистър на специализантите. Чл. 6. (1) гласи: В Министерството на здравеопазването се водят регистър на специализантите и регистър на придобилите специалност в системата на здравеопазването. Вписванията в регистъра се публикуват в слу-

жебния бюлетин на Министерството на здравеопазването.

Бъдещото изпълнение на целите на регистъра ще покаже доколко той функционира ефективно и надеждно, въпреки че и сега се вижда, че в него липсва процедурата по проследяване на професионалния път на специалистите. Това затвърдява риска от недостиг на различен тип специалисти поради мобилност в рамките на страната и чужбина.

Трудности с актуализацията на нормативната база

Развиването на новата Наредба 34 и свързаните с нея програми за обучение е официалната причина за липсата на забавения прием за места за специализанти. Целта е правилата за специализация в България да бъдат в синхрон с тези в ЕС.

Пред България съществуват предизвикателства да синхронизира законодателството си, включително и различните наредби и други подзаконови актове в сферата на образованието и специализацията по медицина, далеч преди официалното ѝ приемане в Европейски съюз през 2007 г. Членството в ЕС отваря редица важни и нови възможности за лекарите и медицинския персонал. ЕС не се намесва директно в аспектите на медицинското образование, но относително стриктно регулира въпросите на свободното движение на работна сила и координира образователните системи на страните – членки. Свободното движение на работна ръка, капитали, стоки и услуги е основен принцип на икономическата политика на ЕС. Здравеопазването е услуга и ЕС зачита, че медицинският персонал е част от свободния трудов пазар. Свободното движение на медицински персонал се основава на признаването на квалификацията, описана в директивата на ЕС „Doctors Directive“ (www.europa.eu). Този документ включва в себе си принципи, валидни във всички страни – членки, като един от тях е, че квалификацията, получена в всяка страна – членка, важи навсякъде в ЕС.

Общото признаване на ценза в границите на ЕС представлява важна възможност за медицинските кадри, но създава и нови потребности към системата на образование на всички медицински специалисти. През юни 1999 г. европейските министри на образованието се срещат в Болоня, Италия, и взимат решението да конструират European higher education area (EHEA), базирана на фундаменталните принципи на независимост и автономност, за да гарантират, че висшето образование и изследванията в Европа ще се адаптират към променящите се потребности на обществото и към постиженията на науката.

EHEA работи за повишаване на конкурентността на Европейската система за висше образование и приема система за сравними степени в образованието, състоящи се от два основни цикъла – бакалаври и магистри, с възможността вторите да завършат и докторат.

Създаването на ЕНЕА води до редица значими промени, особено за системата на университетското образование на медицинските специалисти. За да отговори на предизвикателствата, България започва работа по нова наредба за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. След близо тригодишен труд и с голямо забавяне от 1 януари 2007 г. новата Наредба 34 за придобиване на специалност в здравеопазването влиза в сила.

Определя се нова номенклатура на специалностите, която включва две части. В първата влизат 51 специалности, които ще се признават автоматично в държавите – членки на ЕС. Втората група обхваща 87 специалности, които не се признават автоматично в другите страни от Евросъюза. Те обаче могат да бъдат признавани в отделни държави, в които съществуват като специалности.

Наредбата променя част от съдържанието на обучението за специалност „Обща медицина“. Според изказвания на експерти от Министерството на здравеопазването общопрактикуващите лекари за първи път се въвежда практическо обучение в болница. Специализацията ще продължава общо три години. Лекари, които имат призната специалност и регистрирана амбулатория за първична медицинска помощ, ще придобиват специалност „Обща медицина“, като част от обучението им по вече придобитата специалност ще се зачита.

Специализантите в „заварено положение“, т. е. онези, които са започнали обучението си преди 1 януари т. г., го продължават при условията, при които са приети. Тези, които вече имат т. нар. основна специалност (по старата наредба), ще могат да придобият специалност по новия ред, като част от обучението им по признатата специалност ще се зачита. Медиците, които искат да упражняват професията си в държава – членка на ЕС, държави от Европейското икономическо пространство и Швейцария и са придобили основна или профилна специалност до края на 2006 г., могат да го направят, ако са работили по специалността си не по-малко от три последователни години през последните пет. Те ще могат да докажат този факт с удостоверение от министъра на здравеопазването.

Акценти на актуализираната Наредба 34

Нормативният акт Наредба 34 бива приет след описаните близо четиригодишни проблеми и забавяне, при липса на координация, от една страна, между Министерството на здравеопазването, Министерство на образованието, младежта и науката и Министерството на финансите и при липсата на добра комуникация и спазване на сроковете за становища с републиканските консултанти по различните медицински специалности. Според текстовете на наредбата лекарите, които не успеят да се класират за местата за следдипломна квалификация по държавна поръчка, ще могат да специализират срещу заплащане. Лечебните заведения, определени от здравното министерство за учебни бази, са-

ми ще определят таксите за придобиване на специалност в здравеопазването. Наредбата определя условията за придобиване на основна и профилна специалност и за продължителна квалификация на завършилите медицина. Специалност по избрания профил може да се придобие в клиника на лечебно заведение със статут на университетска болница или в здравно заведение, което отговаря на критериите за база за следдипломно обучение. По изключение на изпита за зачисляване за специализация няма да се явяват носителите на наградата „Златен Хипократ“, както – и според последните промени в наредбата – носителите на наградите „Златен Гален“ и пълните отличници по здравни грижи. Тези младежи получават правото да се обучават по избран от тях профил и се назначават на места за клинична ординатура, като сключват трудов договор с лечебното заведение, в което специализират. Както и досега, конкурсният изпит за асистенти, научни сътрудници и редовни докторанти ще се зачита и за зачисляване за безплатна специализация, но само в областта, в която са защитили или предстои да защитят научната си степен. На конкурса за местата за специализация ще се явяват всички кандидат-специализанти, включително тези, които имат възможност да платят за обучението си и не се борят за място от държавната поръчка. Конкурсът ще е писмен и анонимен. До класиране ще се допускат само кандидатите, изкарали най-малко много добър (4.50). Първите по бал ще попълват местата, финансирани от държавата. Останалите могат да специализират срещу заплащане, ако базите за следдипломна квалификация имат възможност да ги приемат. При наличие на капацитет никой от платежоспособните няма да бъде върнат, защото лечебните заведения имат нужда от това финансиране. За специализантите по държавна поръчка те няма да получават допълнителни средства и за тях принципът на финансиране ще се запази в досегашния си вид – сумата ще се включва в общия годишен бюджет на лечебното заведение.

От Министерството на здравеопазването препоръчват при разработването на бюджетите на медицинските университети и бази за обучение за следващата година най-после да се определи каква част от общата сума се дава за следдипломна квалификация. Сега тези пари са в общия бюджет, като не е ясно нито колко са, нито точно за какво се използват.

В процеса на създаването на новата наредба има и неизяснени положения за Министерството на образованието, младежта и науката в частта за финансирането на местата за държавна поръчка. Негови експерти са категорични, че не е законно държавата да плаща за специализации, още по-малко чрез Министерството на образованието, младежта и науката. Съгласно със Закона за висшето образование Министерството на образованието, младежта и науката може да плаща само за придобиване на образователна степен специалист, бакалавър и магистър. За следдипломното обучение трябва да плаща този, който го поръчва, в случая здравното министерство. Експертите от Министерството

на образованието, младежта и науката поставят под съмнение задължението да заплащат специализацията в ситуация, в която Министерството на здравеопазването определя броя на специализантите по държавна поръчка на базата на подадената от регионалните центрове по здравеопазване данни за потребностите от определени медицински специалисти. Според Министерството на здравеопазването обаче е съвсем нормално просветното министерство да заделя пари за специализациите по държавна поръчка, защото то финансира всички висши училища, включително и медицинските. Освен това според Министерството на здравеопазването забавянето на приемането на Наредбата се дължи отчасти именно на факта, че Министерството на образованието, младежта и науката е отказвало да участва в определянето на бройките.

Според скептиците спорно в новата наредба е и правото, дадено на лечебните и здравни заведения сами да определят таксите за платените специализации, без да има норматив за издръжката на един специализант, както е за студентите. Д-р Ангел Москов смята обаче, че норматив трябва да има, но само за местата по държавна поръчка. И досега базите за специализация сами определят сумите за платено обучение. Доц. Стоян Александров, шеф на дирекция „Лечебно-профилактична помощ“ изразява становището, че в условията на свободен пазар няма смисъл да се ограничават базите за следдипломна квалификация, тъй като конкуренцията ще регулира цените по естествен път. Според него няма опасност следдипломното обучение на медиците да се комерсиализира. Доц. Александров е категоричен, че няма да бъде допуснато определените от министерството бази да приемат само платени специализанти и да отклоняват тези по държавна поръчка заради икономическия си интерес. Министерството на здравеопазването първо ще разпределя равномерно бройките по държавна поръчка според капацитета на отделните бази и чак тогава ще разреши останалите места да се попълват срещу заплащане.

Според новата наредба стоматолозите ще специализират по общия ред. Това пък предизвиква недоволството на някои медицински вузове. Водещ експерт на Медицинския университет в София твърди, че е трябвало специализацията на стоматолозите да се отдели в самостоятелен раздел. Неговият аргумент е, че тяхното обучение е доста по-различно от това по медицина. Една от разликите е, че при тях няма доболнична и болнична помощ. Професорът обаче е удовлетворен, че в Министерството на здравеопазването са се съобразили с предложението му да се въведе кредитна система за оценяване на специализантите. За всяка специалност ще е необходимо да се събере определен брой точки. При хирурзите например всяка операция в зависимост от сложността ѝ ще носи различен брой точки. Наредбата фиксира срокове за обучение, различни за всяка конкретна специалност, но те са минималното време, необходимо за събиране на точките. Така при интензивно обучение специалността може да

се вземе минимум за пет години, но може да продължи и до десет години. Препоръчва се да не се допуска да има по-дълъг срок от десет години, защото така се забравя началото. Това ще облекчи лекарите, които вече практикуват, защото няма да изисква от тях да напуснат работа за четири-пет години и така да загубят пациентите си.

Новата наредба предвижда и специализации за медицински сестри, акушерки, рентгенови лаборанти и фелдшери. Става дума за над 90 000 възпитаници на медицинските колежи. След дипломирането си те могат да се обучават в областта на анестезиологията и интензивните грижи, операционната и превързочната техника, общественото здравеопазване (за извънболничната сфера), психиатричното сестринство и социалните дейности, както и на лъчелечението. И за тях общият ред е същият, но местата ще бъдат предимно по държавна поръчка. Новото ръководство на Министерството на здравеопазването в лицето на здравния министър д-р Божидар Ханев изразява готовността на екипа да се създаде комфорт за тези, които искат да учат медицина. „Те трябва да са сигурни, че когато завършат, ще могат да имат самочувствие от работата си, че ще имат достойно възнаграждение. Също, че ще могат да специализират, да се квалифицират, да има стабилност в системата, така че да знаят кое след кое следва“, отбелязва д-р Ханев. Освен най-сетне „отпушените“ има и други индикации за това. Д-р Валерий Митрев заявява, че решаването на съществуващите проблеми е възложено на междуведомствена работна група и резултатите ще бъдат докладвани в най-скоро време.

Единият от резултатите на тази работна група са поправки в наредбата, които определят заплащане на най-малко една заплата и половина на всички млади лекари, ако започнат специализация, като целта е връщане на интереса към определени специалности, в които кадрите не достигат. Сумите ще се договарят както с тези, които са записали държавна поръчка, така и със специализантите, които сами заплащат обучението си. Досега такива средства се отделяха само за медиците по държавна поръчка. Министърът на здравеопазването д-р Божидар Ханев изяснява и надеждите си, че е възможно специализантите да получават дори две и три заплати в зависимост от възможностите на лечебното заведение, в което работят. По този начин ще се отговори на острата нужда от неонатолози, ендокринолози, лекари клиницисти и патоанатоми. Така щяла да се избегне възможността те да се разпределят служебно в други райони на страната. Практическото обучение на специализантите занапред ще трябва да е на пълен работен ден, а не както в момента по няколко часа, за да се гарантира по-качественото им обучение. Ще се създаде и възможност да се прехвърлят специализанти от една база за обучение в друга, но само по тяхно желание, след съгласието на университетите и болниците. Досега такава възможност не е съществувала. В здравното министерство също така ще се води регистър на спе-

циализантите и на придобилите специалност в системата на здравеопазването. Според новата наредба до края на март т.г. ще бъдат създадени консултативни съвети за специализация по отделните професионални направления. Предстои в течение на няколко години да се види как тези нови процедури по кандидатстване и прием за специализации ще функционират и след 2009 г., когато през май бяха проведени конкурсите, а през месец юни договорите бяха сключени и специализациите започнаха.

Примерен случай

През 2009 г. в Перник, Монтана, с. Долни Цибър и София д-р Лазарина Ядкова и д-р Адриана Дойчинова провеждат качествено изследване на проблемите на майчиното и детско здравеопазване по поръчка на Институт „Отворено Общество“. Интервюираните лекари, работещи като ОПЛ или специалисти в ДКЦ, основно са със специалност по педиатрия или акушерство и гинекология, като някои от тях имат и втора клинична специалност. Една незначителна част от тях имат специалност по обща медицина (процентът на придобилите специалност за цялата страна е около 40% – б.а.), като на някои им предстои оформяне на такава. Мнозинството от ОПЛ имат завършени значителен брой краткосрочни курсове по обща медицина, кардиология, ехографска диагностика, интензивно лечение и др. Всеобщо е мнението, че системата и наредбата на МЗ, регламентиращи реда за придобиване на специалност, са несъвършени и създават много трудности. Цялостният процес е тромав, продължителен и струва скъпо. Крайно недостатъчни са специализациите по държавна поръчка. Поради наличие на малък брой свободни места за специализация на ОПЛ последните години са обявени за нулеви. Специализацията изисква дълго отсъствие от работа, от семейството и влагане на лични финансови средства, особено за хората от провинцията. По този въпрос един лекар, на когото предстои изпит за специалност по обща медицина, казва: „Много трудно. Невъзможно е да отсъствам от работа. Нямаме право нито на отпуск, нито да се разболеем. Винаги трябва да търсим заместник, на когото лично да плащаме“. 10-годишният gratuitен период за придобиване на специалност по обща медицина на тези, които работят като общопрактикуващи лекари, изтече през 2008 г. и беше продължен с 1 година до 2009 г. Няма яснота какво ще бъде развитието след изтичане и на новия срок за придобиване на специалност.

Анекс: въпросник за фокусно изследване по проблемна област „Специализация по медицина“

1. Какви са причините и чие е решението за липсата на възможност за прием за специализация (нулев прием) през 2005, 2006 и 2007 г. за лекарите, завършили медицина?
2. Съществува ли документ, обясняващ липсата на възможност за прием за

специализация (нулев прием) през 2005, 2006 и 2007 г. за лекарите, завършили медицина?

3. Съществува ли единен държавен регистър на лекарите по специалности, от който да е ясно във всеки един момент от какви специалисти има нужда в отделните региони?
4. Защо четирите години, необходими за обучението за специалност, не се признават за трудов стаж?
5. Как се отговаря на повишеното издаване на академични справки за дипломи за работа зад граница (показващи склонността към професионална миграция и загуба на кадри)? Как се стимулира търсенето на непопулярни в момента специалности и как се мотивират лекарите да работят в райони без достатъчно специалисти?
6. Спазва ли се подписаният договор за държавна поръчка с МЗ и университетите за работа на специалисти в провинцията (ако в конкретното „по-атрактивно“ населено място няма свободни места)?

IV. Методи за финансиране на изпълнителите на медицинска помощ от НЗОК

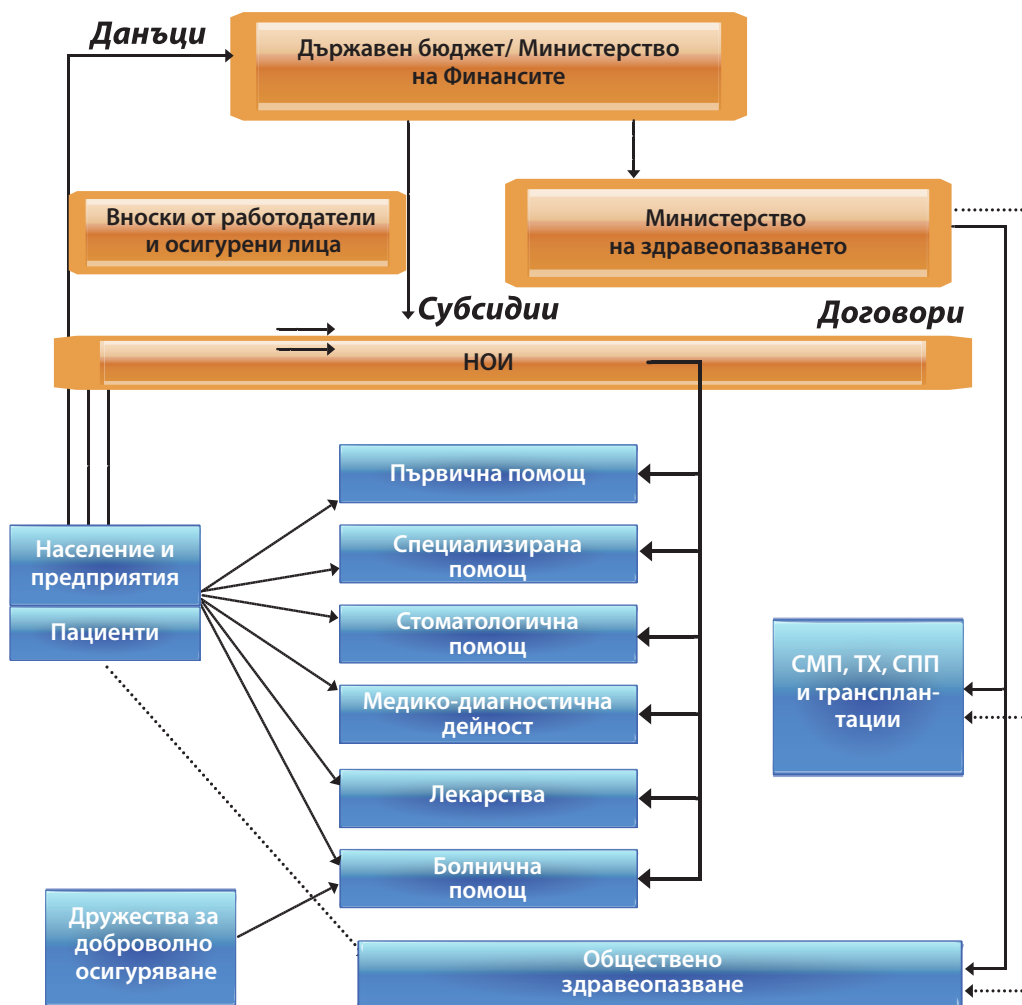
Медицината навлезе в нова епоха. До средата на 20. век лечението малко е повлияло на срока на оздравяване, а дори и на самия процес на оздравяването. Въвеждането в клиничната практика на инсулина, пеницилина, кортикостероидите, витамините от групата „В“ радикално промени ситуацията. Постигнатите успехи над заболявания, смятани за нелечими, поражда увереност в науката и е причина за стимулиране на множество изследвания. Големият оптимизъм поражда и съответното нарастващо финансиране. За 1960 г. то е 5% от БВП, съответно 30 млрд. долара. През 1991 г. разходите за здравеопазване в САЩ достигат 13.2% от БВП, или 752 млрд. долара. Разходите са нараствали както в абсолютни числа, така и като процент от БВП. Това превръща ограничаването на разходите в медицината в първостепенен проблем. По време на целия този период лекарите и изследователите получават практически неограничен и необвързан с резултати финансов ресурс.

Успешното функциониране на системата на здравеопазването се определя в решаваща степен от нейното финансиране и начина за разходване на предоставените финансови ресурси.

Основните източници за финансиране на здравеопазването са:

- От данъчни постъпления чрез държавния бюджет;
- От здравноосигурителни вноски – чрез фондове за задължително или доброволно здравно осигуряване;
- Преки плащания от гражданите;
- Комбинация от изброените. (Фиг. 8).

Фигура 8



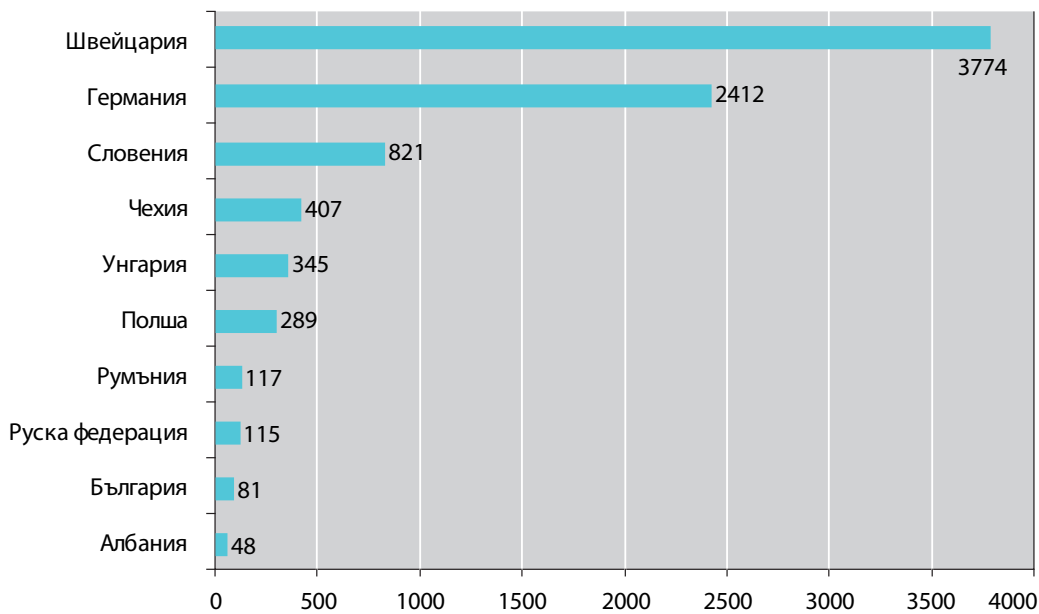
По данни на Световната здравна организация (СЗО) за 2001 г.:

- На национално ниво, на човек от населението България разходва средно по US \$ 81.
- Разходите от държавния бюджет са приблизително US\$ 67 на глава от населението.
- Частните плащания, т.е. финансовите средства, които гражданите заплащат в частните лечебни заведения, възлизат на 17,9% от общите разходи за здравеопазване.

На фигура 9 са посочени общите разходи за здравеопазване на глава от населението (в US \$ 2001 г.)

Фигура 9

Общи разходи за здравеопазване на глава от населението (в щ.д.) 2001



През 2007 г. на национално ниво, на човек от населението България разходва средно по US \$ 279. Разходите от държавния бюджет са приблизително US \$ 193 на глава от населението. Частните плащания, т.е. финансовите средства, които гражданите заплащат в частните лечебни заведения, възлизат на 31% от общите разходи за здравеопазване.

Въпреки нарастването на сумите за здравеопазване с около 3.5 пъти, ролята на държавата намалява и се увеличава делът на парите, отделяни от домакинствата.

Това показва тенденция за преминаване на голяма част от доходите на лекарите към трудно поддаваща се на анализ и оценка среда.

През 2008 г. публичните разходи за здравеопазване у нас нарастват в абсолютен размер (2 830.8 млн. лв срещу 2 373.3 млн. лв за 2007 г.), но продължават да възлизат само на 4.2% от БВП. Независимо от предприетите реформи в сектора през последното десетилетие по този показател България продължава да е на последно място сред 27-те страни – членки на ЕС, които отделят средно 6.7% от БВП за здравеопазване.

Разходите за здравеопазване на човек са US \$ 265 за 2008 г., което е значително под най-ниското ниво в страните от ЕС. Средно в ЕС на човек от на-

селението се отделят US \$ 2014 за здравеопазване, като най-нисък е размерът в Румъния (US \$ 570). Следователно в България и по този показател здравните разходи продължават да бъдат с най-ниски стойности сред общността.

Основните проблеми на финансирането на здравеопазването на сегашния етап от развитието са:

- Недостатъчно публично финансиране, което представлява основна бариера пред достъпа на всеки до необходимата медицинска помощ, както и пред удовлетворяване на здравните потребности на населението.
- Съществува диспропорция в разпределението на финансовия ресурс между извънболничната и болничната помощ в сравнение със заетите в извънболничната помощ и другите бюджетни дейности, както и спрямо равнището на възнагражденията на заетите в отраслите на материалния сектор на икономиката.
- Отсъствие на ясно дефинирана методология и информационна система за финансиране на болничния сектор на пазарни принципи.
- 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 по обем и целева ориентация финансиране на инвестиционните разходи на болниците, в резултат на което е налице забавяне на оптимизирането на болничната мрежа.
- Периодично възникващата задлъжнялост 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.

Заплащането на медицинската помощ се разглежда в два аспекта:

- Заплащане на лечебни заведения;
- Индивидуални заплащания на отделни изпълнители на медицинска помощ

Основните методи на заплащане на лечебните заведения са:

- бюджет;
- договаряне;
- извършена дейност (амбулаторен случай, диспансерен случай,

- преминал болен, диагноза, клинични пътеки, диагностично свързани групи);
- комбинация от изброените.

Основните методи на заплащане на индивидуалните изпълнители на медицинска помощ са:

- заплати;
- на основата на капитация;
- за извършена дейност;
- смесена форма.

Заплащането за извършената извънболнична медицинска помощ представлява комбинация от заплащане на основата на капитация (при общопрактикуващите лекари), заплащане за извършена дейност при специалистите и една част от заплащането на общопрактикуващите лекари, заплати (в големите ДКЦ и МЦ).

Положителните и отрицателните страни на заплащането в извънболничната медицинска помощ са, както следва:

Положителни страни	Отрицателни страни
<ul style="list-style-type: none"> • заплащане за извършена дейност и капитация (парите следват пациента); • подобряване синхронизацията при предоставяне на медицински грижи; • изграждане на навици за коректно попълване на медицинската документация; • усъвършенстване на материално-техническата база, с цел договаряне; • въвеждане на конкурентна среда; • повишаване квалификацията на медицинския персонал. 	<ul style="list-style-type: none"> • необходимост от оптимизиране съотношението на капитационното заплащане и заплащането за дейност; • не винаги се вземат предвид наличието на усложнения и придружаващи заболявания; • няма механизъм за заплащане на различната тежест на отделния случай; • налице са предпоставки в ИМП за неправомерно усвояване на средства от НЗОК за несъществуващи пациенти, неизпълнени медицински дейности; • изкривяване на здравната информация и неточни статистически данни на национално ниво; • липса на възможност за сравнение между отделните изпълнители на ИМП, във връзка с различната тежест на заболяванията и различията между отделните специалности.

Заплащането в болничната медицинска помощ на лечебните заведения за медицинска помощ се осъществява по принципа на извършена дейност, като болниците, финансирани от Касата, получават финансови средства срещу представени отчети за реализирани клинични пътеки, а болниците, финансирани от Министерство на здравеопазването, получават финансови средства срещу представени отчети за преминали болни по определени от Министерство на здравеопазването заболявания.

Положителните и отрицателните страни в болничната медицинска помощ са, както следва:

Положителни страни	Отрицателни страни
<ul style="list-style-type: none"> • заплащане за извършена дейност (парите следват пациента); • стандартизиран начин на лечение на национално ниво; • подобряване синхронизацията при предоставяне на медицински грижи; • изграждане на навици за коректно попълване на болничната документация; • повишава разходната ефективност на клиничната практика; • средство за оптимизиране на болничния престой и разходите за преминал пациент; • усъвършенстване на материално-техническата база с цел договаряне на по-голям брой КП; • повишаване квалификацията на медицинския персонал; • инструмент за подобряване на качеството. 	<ul style="list-style-type: none"> • възможност за отчитане на по-голям брой дейности (необосновани хоспитализации); • не се взема предвид наличието на усложнения и придружаващи заболявания; • няма механизъм за заплащане на различната тежест на отделния случай; • не се отразяват разходите на различните типове болници; • селективна хоспитализация на пациенти; • възможности за неправомерно усвояване на средства; • изкривяване на здравната информация, респ. до промяна в структурата на хоспитализираната заболяемост и неточни статистически данни на национално ниво; • необходимост от унифициране на информационните потоци от ЛЗ, като база за заплащане; • необходимост от усъвършенстване на контролните механизми.

Перспективите за развитието на здравния сектор се обуславят от следните фактори:

Макроекономическа среда:

- Брутен вътрешен продукт;
- Темп на нарастване на БВП;
- Инфлация;
- Средно равнище на доходите;
- Размер на здравната вноска и др.

Здравно-демографска среда:

- Заболеваемост;
- Възрастова структура на населението и др.

Правна среда и законова равка

Клинични пътеки, болнична и извънболнична помощ

Основно структурно звено в системата на здравеопазването в България са общопрактикуващите (личните) лекари. Техните доходи се изплащат най-вече от НЗОК и зависят от броя записани пациенти при даден лекар. От една страна, това стимулира лекаря да подобрява качеството на услугите - по този начин все повече пациенти се записват при него, което е свързано с повишаване на приходите. От друга страна, при прекалено голям брой записани пациенти не може да

се обърне достатъчно внимание на всеки, което е свързано с опасност от рязко понижаване на качеството.

Личният лекар се опитва да реши здравословния проблем от самото начало, за да не се насочва пациентът към по-специализирана и съответно по-скъпо платена помощ. Той дава преценка дали пациентът се нуждае от прегледи при специалисти и лечение в болница.

От една страна, това създава опасност от твърде много хоспитализации с цел „икономия“ на направления за личния лекар, но натоварва болничната помощ (броя на хоспитализациите от 2001 г. до 2006 г. е нарастнал от 15.0 до 21.3 на 100 човека). От друга страна, това създава предпоставки за корупция при издаването на направления за преглед при специалист и е пример за това как въведените от държавата регулации влошават качеството на услугите.

В същото време според статистиката на НЗОК около 10% от издадените талони са останали неизползвани.

Според някои данни лекарите специалисти са около 8500 души за цялата страна. Лекарите специалисти са квалифицирани кадри в определена медицинска област, които се занимават най-общо с диагностиката и лечението на заболявания от определена група. Прегледите при специалист са с относително ниска цена, като в някои случаи пациентите дори не заплащат или заплащат намалена потребителска такса. Неясни са и правилата за повторно посещение при специалист, възможностите за диспансеризация.

В случай че пациентът няма направление, прегледът се заплаща по цени на кабинета. Кабинетите на повечето известни специалисти не работят с НЗОК. Много лекари работят на две места (в държавна клиника и в частен кабинет), като през последните години беше ограничена практиката за работа на повече от две места.

Отделно от това, пациентите почти никога нямат ориентир за това, къде могат да намерят най-добрата помощ, тъй като оценката на МЗ и БЛС по всеобщо мнение не отразява реалностите.

Работата на две места създава условия за корупционни практики – пренасочване на пациенти от държавните в частните лечебни заведения, и обратно. От друга страна, е доста спорен въпросът, дали в такива случаи може да става въпрос за корупция, тъй като всеки е свободен да се лекува където пожелае и специалистът е този, който информира болния за възможностите за лечение на заболяването му в различните болници и кабинети.

Не са малко случаите, когато за една и съща дейност, по едно и също време лекарите специалисти отчитат работата на две (в някои случаи и на повече) места и съответно получават неколккратно по-високо възнаграждение.

В България от 2001 г. до 2007 г. броят на болничните заведения, договорили болнична помощ, нараства от 149 до 310. Въведените от НЗОК клинични пътеки са единственият подход за осигуряване на качеството на медицинските

услуги в болничната помощ съобразно с обхвата на наличните ресурси.

При всяка клинична пътека НЗОК заплаща цената на лекарския труд, консултативите, лекарствата и режимните разходи на болницата.

Основният недостатък на клиничните пътеки е в това, че този алгоритъм се изготвя почти винаги от чиновници без съществен клиничен опит и в недостатъчна степен се търсят консултации със специалистите в областта.

Клиничната пътека включва задължителен набор от изследвания, в много случаи напълно излишни. Вместо да подобрят диагностиката и качеството на лечението тези изследвания много често водят до допълнителен разход на средства от страна на болницата (който би могъл да се оползотвори например чрез инвестиции в нова апаратура) и до допълнителен разход от време от страна на пациента.

Всяка клинична пътека включва минимален болничен престой, което е напълно излишен опит за регулация от страна на административните структури. Специалистите са тези, които правят оценка на нуждите, докато задачата на здравноосигурителата каса е да проверява целесъобразността на престоя. От 2008 г. болниците получават пари само за лечението на заболявания, които са включени в клиничните пътеки. Това е практика, която води до сериозни проблеми, тъй като независимо от увеличаващия се брой пътеки все пак те не могат да изчерпят цялата съществуваща патология. На практика болниците са принудени да вкарват всеки случай в съществуваща пътека, което изкривява не само статистиката, но и създава сериозни проблеми пред лечението. Така постепенно се наложи практиката на промяната на диагнозата с цел да се вземат пари за лечението на даден случай и да се избегнат финансови загуби. Освен изкривената картина на заболяемостта и болестността, при настъпили усложнения и евентуален съдебен спор при тези случаи се оказва, че лекарят е лекувал болен в стационарна обстановка с различна от действителната диагноза.

Средната цена на клиничната пътека, заплащана от НЗОК по преценка на БЛС покрива около 60–70% от реалната стойност на лечението.

Болниците, лекуващи тежки случаи, като правило трупат дългове. Това е така поради удължения болничен престой, по-високата цена на използваните консултативи и допълнителните изследвания.

Малките болници, които предлагат по-малко услуги и приемат по-леки случаи, нямат финансови проблеми.

Известно е, че въвеждането на клиничните пътеки като инструмент за финансиране на болничните заведения има редица недостатъци. Социалните последствия са рязко ограничаване на достъпа до качествени медицински грижи и увеличаване на смъртността. Непълнотите в медицинските алгоритми на клиничните пътеки възпрепятстват достъпа и стимулират документалните и финансовите злоупотреби от страна на лекарите. НЗОК следва да използва създадената система от клинични пътеки за контрол на качеството, както и за про-

веждането на отговорна здравна политика в полза на обществото и с цел намаляване на смъртността, инвалидизацията и подобряване качеството на живот на ползващите здравни услуги.

Анализ на бюджета на НЗОК за периода 2003–2009 г.

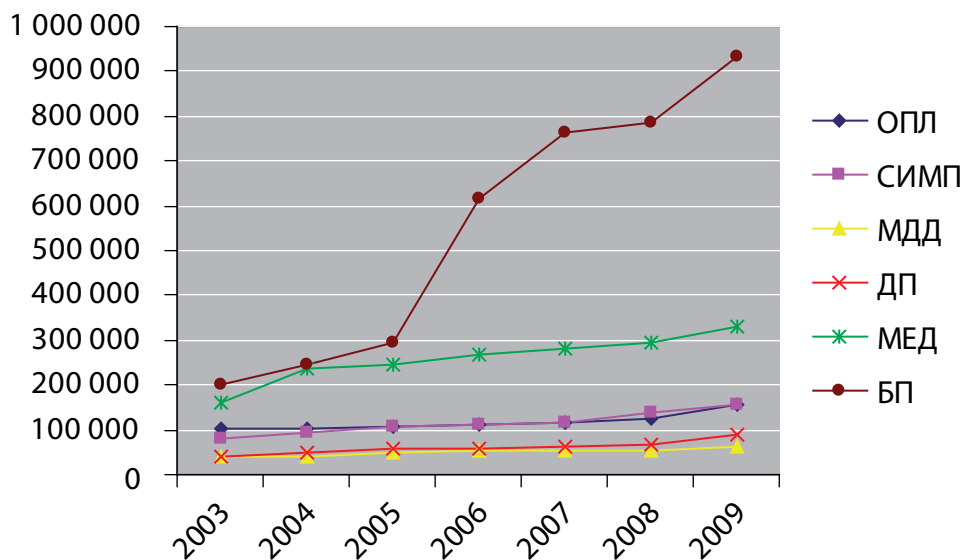
Тенденции във финансирането на различни пера на НЗОК през периода 2003–2009 г. (данните са от Държавен вестник – Закон за бюджета на НЗОК)

За 2001 г. и 2002 г. няма детайлизирана справка за тези пера, затова тези години не са включени в таблицата.

Таблица 23.

Здравноосигурителни плащания /в хил. лева/	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Първична извънболнична помощ	103 500	103 500	107 200	110 952	115 945	125 945	157 000
Специализирана извънболнична помощ	82 400	94 000	107 400	111 159	116 162	136 162	154 800
Медико-диагностична дейност /МДД/	39 300	41 000	50 500	52 268	55 621	55 621	61 828
Дентална помощ	39 800	49 000	57 800	59 823	61 516	67 516	91 363
Медикаменти	162 753	236 500	245 000	270 000	282 150	295 490	330 000
Болнична помощ	200 000	245 105	295 100	614 392	762 406	785 575	931 432

Фигура 10.



На пръв поглед е налице положителен тренд на отделните пера, но при внимателна съпоставка с останалите показатели се установява, че липсва цялостен подход, няма единна линия, а тези увеличения стават под определен натиск. Въпреки че във всеки свой доклад НЗОК включва и политически анализ на средата, в крайна сметка липсва единна и цялостна политика.

Парите за първична извънболнична помощ нарастват с около 51.6% за 7-годишен период. На практика реално те са повече за отделния изпълнител, тъй като намалява броят на ОПЛ, сключили договор с НЗОК. Поради огромния брой лични лекари, невзели специалност обща медицина, с изтичането на десетгодишния gratuitен период от 2000 г. беше взето решение той да се удължи с още пет години, без обаче да се потърсят стимули и облекчения за вземане на специалност от страна на личните лекари. В резултат от всичко това се оказва, че се плащат повече пари за намаляваща като качество услуга (липса на обучение, увеличаване на средния брой лица, записани при ОПЛ).

В специализираната извънболнична помощ увеличението е с цели 87%, но за сметка на това се увеличава броят на хоспитализациите (които са по-големият финансов ресурс и натоварване на системата).

Тъй като няма реално почасово остойностяване на медицинския труд, не може да се направи точен анализ на приходите на един лекар. Също така не се прави анализ каква част от специалистите работят и в болничната помощ и имат договори като специалисти в извънболничната помощ. Това е важно, тъй като един лекар може да работи повече от регламентираното време, а това снижава качеството на услугата.

Опити за ограничаване на разходите за медикаментозно лечение

Въвеждането на здравноосигурителния модел в България се извърши на два етапа – сключване на договори с извънболничната помощ и постепенно включване на болничната система чрез изработване на клинични пътеки, които с всяка година нарастват по брой и понастоящем покриват една голяма част от патологията в страната. Постепенното включване на болничната помощ трябваше да бъде обвързано с нарастване на здравноосигурителната вноска – нещо, което не се случи до края на 2009 г., когато вноската беше повишена на 8%.

Ето защо в първите години от реформата, парите, които се отделяха за извънболнична помощ, бяха относително повече. Заплащани бяха дейности извън твърдата капитационна сума като диспансеризация, работа по национални програми, работа с определени контингенти и пр. Това беше начин да се въведе постепенно смесено заплащане на общопрактикуващите лекари, което е стимул за повишаване на мотивацията и качеството на работа.

След включването в системата на болничната помощ се наложи усложняване на процедурата за изписване на медикаменти, като това доведе до оскъпяване на труда и се увеличиха индиректните разходи. Бяха въведени множество комисии, протоколи за скъпи медикаменти, но въпреки това консумацията на медикаменти не бе намалена.

Реакциите на НЗОК бяха в нейните следващи стъпки на усложняване на процедурата с въвеждането на критерии, които имаха за цел допълнителни рестрикции. Въвеждането на клиничните стандарти например парадоксално създаде още една пречка за качествено предоставяне на медицинските услуги, тъй като са свързани с провеждането на определени образни, кръвни и други изследвания, като не беше посочено кой заплаща тези изследвания.

Изваждането на програмите от бюджета на НЗОК имаше донякъде положителен ефект по отношение произволното изписване на медикаменти от всеки лекар, но това рефлектира върху пациентите, като затрудни достъпа.

Сериозен недостатък при този начин на финансиране на медицински дейности е, че след излизането на пациента от програмата се спира реимбурсацията на лечението.

Известно е, че използването на генерични продукти позволява снижаване на цената за лечение и освобождава ресурс за финансиране на други дейности, като например обслужването на пациента. Въпреки това към настоящия момент на българския пазар не се дава приоритет на генериците, а на иновативните компании.

Необходимо е да се направи оценка на промотирането на по-високи дози и/или приемане на много ниски таргетни стойности по клиничните препоръки (АН, нива на липиди).

В ценообразуването на медикаментите няма ясна логика. Медикаменти-

те, заплащани от обществени фондове (НЗОК, здравното министерство и държавните болници), се определят от три държавни комисии по различни методики. Първата комисия отговаря за цените, втората – за т. нар. позитивен списък (лекарства, заплащани от обществени фондове) и третата – за т.нар. реимбурсен списък – лекарства, заплащани само от здравната каса. Това става не много прозрачно и, естествено, дава възможност за корупция.

Предложения за оптимизиране на системата

Реално остойносттаване на лекарски труд – адекватно на извършена дейност.

Обща оценка на отработените часове на лекарите в болничната и извънболничната помощ. Да се определи съотношение на часовете работа в болнична и доболнична помощ.

Включване на квалификацията в залащането на лекарския труд – в момента този показател е тотално изключен от остойносттаването на лекарския труд. След взимането на специалност всеки може да сключи договор с НЗОК, като няма задължение да поддържа своята квалификация. Общопрактикуващите лекари също са в благоприятно положение, тъй като финансирането им не е в пряка връзка с взета специалност и/или с допълнително обучение и квалификация.

В същото време, не е необходима специалност за работа в болничната помощ, т.е. там, където се дават най-много пари, контролът е най-нисък.

Определяне на минимално време за преглед по различни клинични диагнози (това осмисля писането на тримесечни рецепти), тъй като ще има възможност за отделяне на повече време за реално обслужване на пациентите.

Важно условие за адекватно финансиране е акредитацията – услугата да съответства на реалната категоризация (важно условие е тя да бъде проведена от независими експерти, което да гарантира, че няма да бъдат допускани сегашните компромиси).

Необходим е публичен регистър на консултантите на НЗОК. Това ще позволи контрол, от една страна, от обществото, а, от друга, консултантите ще подлежат на контрол и обратна връзка от страна на гилдията, към която принадлежат.

Консултантите трябва да бъдат задължени да декларират конфликт на интереси.

V. Политика за психично здраве

Въвеждането на ценностите на гражданското общество в езика на психиатричната практика и културата на услугите е приоритет на всяка психич-

ноздравна политика. Има се предвид, че усилията следва да бъдат фокусирани върху промените в структурата, управлението и мениджмънта, а така също и върху обучаването на персонал, който да работи в нови организационни условия и в нови професионални роли. Здравната реформа в България има за цел да подобри здравното състояние на българските граждани чрез изграждане на модерни институции за предлагане на медицински услуги, тяхното финансиране и осигуряване на качеството. Съществена част от реформата в областта на психичното здраве, основана върху държавна политика за психично здраве (наричана през годините с различни имена – Национална програма за психично здраве – НППЗ, 2001-2005³⁸, Политика за психично здраве, 2004-2012³⁹, Национален план за действие за осъществяване на политиката за психично здраве, 2006-2012⁴⁰). Обект на националната политика за психично здраве са хората с тежка социална дисфункция, настъпила в резултат от психичното им страдание. През 2001 г. в Националната програма за психично здраве (НППЗ) са заложили стратегически цели, с фокус реално провеждане на реформа в сектора. Планираното финансиране е за период от 5 години. Поради свиване на финансовата рамка едва през 2002 г. са осигурени част от средствата и Изпълнителният съвет (ИС) на програмата⁴¹ одобрява няколко демонстрационни проекта, които са на товарени с очаквания те да положат основите на бъдещото развитие на реформата в психиатричния сектор:

- Разработване на методика за оценка на риска от предизвикателно поведение и социално изключване
- Демонстрационен модел на защитено жилище
- Разработване на модел за психиатрично отделение в многопрофилна болница
- Демонстрационен модел на център за психосоциална рехабилитация в общността
- Разработване на модел за мобилна психиатрия
- Провеждане на епидемиологично изследване на честите психични разстройства в Република България (ЕПИБУЛ)
- Логистична подкрепа на ИС към НППЗ
- Координационен център и регистър на лица в риск

Координацията на дейностите по тези проекти е възложена на директора на НЦОЗ. Обобщаването на резултатите от тези проекти е оценено през 2004 г.

38 Решение за финансиране № 399/01.06.2001 г. на Министерския съвет на Република България

39 Решение за финансиране № 28/22.07.2004 г. на Министерския съвет на Република България

40 Решение за финансиране № 53/28.12.2006 г. на Министерския съвет на Република България

41 Изпълнителен съвет на програмата – Орган за управление на НППЗ, създаден със заповед на министъра на здравеопазването № РД-09-666 / 16.11.2001 г.

като „недостатъчно удовлетворително“⁴² и са оповестени обстоятелствата, аргументиращи тази оценка. На първо място това е редуцираното финансиране и ненавременното осигуряване на средства от бюджета за Програмата. Съобразно решението на МЗ от 2001 г. е трябвало да се осигурят 400 000 лв. за 2001 г. и по 950 000 лв. – за всяка следваща, т.е. до 2004 г. включително – 3 250 000 лв. Реалните отпуснати средства са посочени на таблица 24.

Таблица 24.

	Разход за дейности (лв.)		Капиталови разходи (лв.)	
	Планирани	Отчетени	Планирани	Отчетени
2001	100 000	-		
2002	100 000	99 995	120 000	-
2003	100 000	99 995		
2004	100 000	-		
ОБЩО	400 000	199 990	120 000	-

Средствата за 2004 г. започват да се усвояват след 1. 06. 2004 г. поради забавяне процедурата по актуализация на бюджета на второстепенните изпълнители. Предвидените капиталови разходи за 2002 г. не са били осигурени (без никакви обяснения от страна на МЗ), а за 2003 и 2004 г. такива разходи въобще не са предвиждани. Така НППЗ за периода 2001–2005 г. е получила финансиране от около 400 000 лв. (т.е. 12,3% от заложените 3 250 000 лв.). На практика дейностите по демонстрационните проекти са извършвани без никакво техническо оборудване (капиталови разходи). Поради тази причина някои от тях, като например „Мобилна психиатрична помощ“ или „Регистър на рискови контингенти“ спират или силно ограничават развитието си.

Втората група фактори, отговорни за ниската оценка, е несъвършеното управление на Програмата. През 2003 г. ИС е заседавал един път (в непълнен състав); до средата на 2004 г. ИС не бил провел и едно заседание. На практика екипът, осъществяващ логистичната подкрепа на проектите, се превръща в координационен център, без да може да сверява напредъка по проектите с висшия орган на Програмата – Изпълнителния съвет.

Очевидна става и липсата на свързващо звено между МЗ и НЦОЗ, като има документиран отказ (без посочени мотиви) от МЗ да определи служител за свързка и координация на Програмата. Липсва и добра координация и заинтересованост от ангажираните в ИС ведомства (регистрирани са редица отсъствия на представители на тези ведомства на заседанията на ИС). Периодът на

⁴² Доклад на д-р Б. Бояджиев (ръководител на проект „Логистична подкрепа на ИС на НППЗ“) до директора на НЦОЗ от 04. 06. 2004 г.

програмата 2001–2003 дава основание да бъде започнат анализ⁴³ на процесите на промяната. Проблем в това отношение представлява осигуряването на достоверна информация. Няма постоянни източници за текуща информация на регионално или национално ниво, свързана с дейността на психично-здравни заведения, независимо от немалкия приток на информация, която се отправя от отделните лечебни заведения към органите на местната и централната здравна администрация (РЦЗ, НСИ, МЗ, респ. НЦЗИ). Последиците от липсата на такава информация може да бъдат свързани с дезинтеграцията на отделните инициативи за промяна в различните региони на страната. Отсъствието на управленска практика за събиране, обработване, анализиране и оповестяване на текуща информация говори за стил на управление на промяната, който не се основава на доказателства. Промените, които настъпват в системата на психиатричните стационари през последните години, са количествени. Тяхна отличителна особеност е, че са до голяма степен хаотични и невинаги са резултат от планирани интервенции. В повечето случаи тяхната същност се свежда до редуциране – редуциране на легла (Табл. 25), на персонал, на разходи за лекарства и храна.

Това редуциране не означава непременно и редуциране на обема и качеството на предоставяните услуги, но може да се разглежда като предпоставка за това.

Таблица 25. Психиатрични легла в различните типове психиатрични стационари

	2001	2002	2003
Психиатрични болници	3075	2784	2750
Психиатрични диспансери	1566	1547	1496
Психиатрични отделения към МБАЛ	446	361	338
Университетски клиники	753	648	617
ОБЩО	5840	5340	5201

През периода 2001–2003 г. не са настъпили съществени структурни промени в системата на стационарната психиатрична помощ. Няма разкрити нови отделения към многопрофилните болници, което е една от задачите на Националната програма за психично здраве. Нещо повече – през 2003 г. се регистрира намаляване броя на леглата в съществуващите психиатрични отделения на многопрофилните болници с 24% спрямо 2001 г. През 2003 г. се наблюдава намаляване в броя на леглата и в университетските клиники – с 18% спрямо 2001 г., и в диспансерите – с 4,5%, т. е. процесът на намаляване на лекарствата в държавните психиатрични болници (с 10,6% спрямо 2001 г.) не се съпровожда с разкрива-

43 Герджиков, И., Сотиров, В., Бедрозова, А. Психично-здравната помощ в България през периода 2001–2003 г. (Съпоставителен анализ). – Рецептор, 2004, бр. 6.

нето на нови структури за лечение в общността. Отсъствието на адекватно финансиране (констатирано в доклад на Сметната палата) от страна на държавата е една от основните причини, поради които Националната програма за психично здраве на гражданите на Р. България 2001–2005 не реализира всички заложи в нея задачи. Не са предприети ефикасни действия за управление на Националната програма за психично здраве на гражданите на Република България от Министерството на здравеопазването, тъй като:

- Не са разработени под ръководството на районните съвети към Районните центрове по здравеопазване и Изпълнителния съвет и не са утвърдени от Министерския съвет териториални планове за провеждане на реформата по области, с което не са създадени условия за разгръщането ѝ на територията на страната;
- Не е осигурена широка социална основа за изпълнение на националната програма при формиране на органите за управление;
- Не са приети правила и процедури, план за действие с конкретни задачи, отговорници и срокове за изпълнение;
- Не са разработени и не са приети указания за изпълнение на националната програма на местно равнище.
- Не са създадени своевременни и комплексни условия за координиране изпълнението на програмата на национално и местно равнище, което е причина за неуспешното ѝ стартиране и изпълнение.
- Липсата на взаимодействие, сътрудничество и координация между структурите, участващи в лечението и грижите за психично болните, за изграждане на алгоритми за психичноздравни услуги, пречи на създаването на условия за комплексност и непрекъснатост на психиатричното обслужване.
- Националната програма не е обвързана и координирана с други здравни и социални програми, което не гарантира интегритета на процеса на психиатрично обслужване.
- Неприлагането на процедури за оценка и критерии за подбор на проекти за реализация на Националната програма за психично здраве не гарантира, че избраните и възложените проекти са най-подходящи и в съответствие с изискванията на програмата.
- Липсват политики и процедури за осъществяване на ефикасен контрол чрез прилагане на критерии за оценка върху изпълнението на възложените от министъра на здравеопазването дейности по програмата, което не гарантира устойчивост на резултатите.

- Липсата на ефективна система за мониторинг и контрол на дейностите по Националната програма за психично здраве не осигурява възможност за превенция при вземане на правилни управленски решения.
- Предприетите действия за международно сътрудничество и в областта на психичното здраве са израз на усилията на страната ни за присъединяване към страните от Европейския съюз.

На основание чл. 42, ал. 1 от Закона за Сметната палата в срок до 31. 10. 2005 г. министърът на здравеопазването се задължавал да уведоми Сметната палата за *предприетите действия за изпълнение на дадените препоръки*.

Независимо от всички административни и логистични провали има и положителни ефекти от свършеното по НППЗ. Това е спечеленото доверие и уважение на европейските политици и експерти от областта на психичното здраве. В предприсъединителния етап на България към ЕС партньори вече са такива организации като Пакта за стабилност, Световната здравна организация, Съвета на Европа, Европейската комисия, Световната банка. Ето примерите, които илюстрират това сътрудничество:

В рамките на Инициативата за социално сближаване на Пакта за стабилност за страните от Югоизточна Европа, съвместно с Европейския офис на Световната здравна организация и Съвета на Европа, в Благоевград е изграден и вече функционира дневен център за рехабилитация на хора с тежки психични разстройства.

Вторият международен проект, чието изпълнение е поверено на България чрез Министерството на здравеопазването и Националния център по опазване на общественото здравеопазването, е „Създаване на регионални мрежи и системи за събиране и обмен на социална и здравна информация“. Той се реализира в девет балкански страни от Югоизточна Европа, отново в рамките на Инициативата за социално сближаване на Пакта за стабилност. Това са Албания, Босна и Херцеговина, България, Македония, Молдова, Румъния, Сърбия, Черна гора и Хърватска. Проектът се съфинансира от Министерството на здравеопазването и социалната солидарност на Република Гърция, Световната здравна организация и Институт „Отворено общество“.

Световната банка декларира свой ангажимент към България чрез проекта „Реформа в здравния сектор“, в рамките на който се предвижда да бъде извършен мащабен ремонт и реструктуриране на Клиниката по психиатрия на Александровска болница в София.

На 22. 07. 2004 г. Министерският съвет одобрява за финансиране Политика за психично здраве (ППЗ) на Република България за периода 2004–2012 г., както и Национален план за действие за нейното осъществяване. Основната цел на Националната политика за психично здраве е запазване и подобряване

не на психичното здраве на населението, изваждането на психичното здраве от професионалната, организационната и политическата изолация и интегрирането му в системата на общественото здраве. Обект на Националната политика за психичното здраве са лицата, които са сериозно социално увредени поради влошено психично здраве. Това означава, че в нея не са включени хора с чести психични разстройства (като депресия и тревожни разстройства).

Основните елементи на Националната психичноздравна политика 2004–2012 г. са следните:

- Обслужване в общността. Деинституционализация.
- Спазване на човешките права.
- Предоставяне на услуги с гарантирано качество.
- Въвличане на потребителите в лечебно-реhabилитационния процес.
- Въвеждане на интегрален (комплексен) подход (мултидисциплинарни екипи, работа с боледувачия и неговото обкръжение).
- Прилагане на политика и практика, основани на доказателства.
- Прилагане на програми за промоция и превенция на психичните разстройства.
- Борба със стигмата и дискриминацията, дължащи се на психични разстройства.

Националният план е разделен на *краткосрочни дейности* за 2004 г., *средносрочни дейности* за 2004–2007 г. и *дългосрочни дейности* за 2007–2012 г. През 2004 г. е приет новият Закон за здравето с отделна глава, посветена на психичното здраве, в която са описани най-вече групите от субекти, правата на психично болните, отговорните за лечението институции и служби, и процедурите по насъщаване за задължително лечение. Изработването на тази глава и включването ѝ в Закона за здравето отговоря на най-спешните нужди от промяна на съществуващото законодателство в областта на психичното здраве. В същото време обаче трябва да се има предвид фактът, че Главата за психичното здраве далеч не бе изчерпила всички казуси и проблеми, които възникват във всекидневната практика. Поради тези причини изкрystalизира необходимостта от отделен Закон за психичното здраве, за да се разшири кръгът от приоритети за психиатрията в общността и да се гарантират човешките права на пациентите в институциите, промоцията на психично здраве и превенцията на психичните разстройства, психо-социалната рехабилитация и съответните наредби във връзка с недоброволното лечение и принудителните мерки. С помощта на европейски средства (програма ФАР) бе дадена възможност за стартиране на първия приоритет на Националната психично-здравна политика:

ПРОЕКТ BG 2004/016-711.01.02 „ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ ПОСРЕДСТВОМ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА УСЛУГИ В ОБЩНОСТТА ЗА РИСКОВИ ГРУПИ“.

По проекта са отпеснати пари за безвъзмездна помощ на обща стойност 8 142 094, 05 евро, от които 6 106 570, 54 евро са финансирани по програма ФАР, а 2 035 523, 51 евро са национално съ-финансирани.

Този проект включва три компонента:

Компонент I – Предоставяне в общността на медицински, социални и образователни услуги за деца

Компонент II – Предоставяне в общността на медицински, социални и образователни услуги за възрастни хора

Компонент III – Предоставяне на психичноздравни услуги в общността

Имплементирането на средствата стана възможно след Рамков договор между МЗ, МТСП, МОН, АСП и Агенцията за защита на детето. Изградени са няколко защитени жилища, дневни центрове за хора с тежки психични разстройства и информационни центрове. Тези нови структури са осъществени по линия на МТСП. По неофициална информация по компонент III приоритетно са одобрявани проекти, предлагани от психиатрични болници и клиники, което само по себе си е добре (направени са основни строителни ремонти, санирани са монолитни сгради, закупено е оборудване), но трудно кореспондира с идеите на компонента за „предоставяне на психичноздравни услуги в общността“.

За финансовата 2005 г. за осигуряване на ППЗ са отпуснати средства от МЗ през месец ноември (100 000 лв. от разписани 182 571 лв) – без ясни аргументи за закъснението и за „спестяване“ на средствата за капиталови разходи – 82 571 лв. (МЗ получава разрешение от МФ за „вътрешнокомпенсирани промени на кредитите по бюджетната класификация“⁴⁴). Този административен акт е „обоснован“ във втората половина на м. декември 2005 г. Това екстремно забавяне на финансирането налага спиране на провежданото през изминалите 2003 и 2004 г. епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България (ЕПИБУЛ). На второ място, води до невъзможност да започне анализ на информацията (събраните до този момент данни не са достатъчни, за да се обобщят, анализират и представят като основана на доказателства база, за градене на политика в тази област). Практически спира и работата по останалите демонстрационни проекти. Не достига физическо време дейностите за 2005 г. да бъдат изпълнени и отчетени. Единствената смислена активност на МЗ по отношение на психичноздравната политика през 2005 г. е създаването на Национален съвет за психично здраве (НСПЗ), като орган координиращ дейностите по

44 Цитат от писмо (Изх. №74-01-189 от 19. 12. 2005 г.) на МЗ (Дирекция „Управление финансовите ресурси“) до директора на НЦООЗ.

ППЗ и по Националния план за действие към нея⁴⁵. Тази активност отново е през месец **декември**. Председател е зам.-министър на здравеопазването, а членове са представители на МЗ, НЦООЗ, НЦН, НЗОК, БЛС, МОН, МП, МТСП, МРРБ, МО, МВР, БПА, НЦЗИ, МУ, ВКП, Националния консултант по психиатрия и представители на НПО.

През 2006 г. финансирането на ППЗ е спряно. Отново няма ясни мотиви от страна на МЗ. През същата година се назначава нов национален консултант, чрез когото в МЗ постъпват „Бележки и предложения от проф. А. Жабленски“⁴⁶ във връзка с водената психичноздравна политика. Писмото постъпва през юли 2006 г., а председателят на съществуващия тогава НСПЗ (зам.-министър на здравеопазването) е уведомен след 25 септември същата година. Участниците в процесите до този момент споделят усещането, че именно коментарите на проф. Жабленски (международно признат български учен и психиатър, установил се от дълги години в Пърт, Австралия) „слагат прът в колелата на психиатричната реформа“. След този момент се провеждат продължителни кореспонденции между МЗ, МТСП и МИЕ относно междуведомствено сътрудничество по психичноздравната политика. Министърът на труда отказва съдействие с формални мотиви („липса на структури на регионално ниво“; наличие на подписан „Рамков договор за осъществяване на координация между ангажираните институции за подобряване положението на хора с ментални увреждания, настанени в специализирани институции“ и други институционални доводи)⁴⁷. Отношението на министъра на икономиката и енергетиката във връзка с Националния план за действие за осъществяване на политиката за психично здраве на Р България (2006–2012) е още по-крайно⁴⁸. В отговор на писмо от МЗ се правят опити да се дават мнения за психиатричната терминология, дидактични препоръки, коментари и оспорване на термини, като *промоция на психично здраве*, както и самото заглавие на документа. Стига се до абсурда, министърът на икономиката да препоръчва „цялостна преработка“ на здравен докумен, приет с решение на Министерския съвет.

На 28 декември 2006 г. Министерският съвет взема решение за финансиране на Национален план за действие за осъществяване на политиката за психично здраве 2006 – 2012. Има разписани дейности, отговорници (координатори) и срокове за изпълнение. Интерес представлява фактът, че в заглавието фигурира 2006 г. Така се продължава традицията да остават „документални следи“ за свършена работа и континуитет, а на практика да се губи ценно време в бездействие на ангажираните съмишленици и експерти. Предстои приемане на България в ЕС. Вземането на управленски решения до този момент на различни

45 Заповед № РД 09-428 от 9. 12.2005 г. на Министъра на здравеопазването.

46 Писмо с вх. № 21-00-115/18. 07. 2006 г. в деловодството на МЗ.

47 Писмо от МТСП с вх. № 04-00-89/27. 11. 2006 г. в деловодството на МЗ.

48 Писмо от МИЕ с вх. № 04-00-89/30.11.2006 г. в деловодството на МЗ.

държавни нива очевидно не е свързано с промени в нагласите и отношението на управленците към психичноздравната политика, а поради непосредствената „опасност“ през мандата им да бъде отклонено или забавено стратегическото за държавата присъединяване към страните от ЕС.

Разписаните дейности за 2007 г. включват 15 задачи⁴⁹. Отново се проявява „ангажираността“ на държавата в този ресор на здравеопазването, средствата са деблокирани в средата на септември. Липсват и аргументи за закъснението. Това форсира усилията на отговорниците по задачите и създава терен за възможни пропуски, грешки и недостатъци в изпълнението. Причина е краткият срок за работа и нейното отчитане до 15. 12. 2007 г.

Финансовата 2008 г. протича с други парадокси. На заседание на НСПЗ в МЗ⁵⁰ при наличие на кворум (с 12 гласа „за“, 2 „против“ и 3 „въздържали се“) е взето решетие „всички средства, предвидени за дейностите в Националния план за 2008 г., да бъдат усвоявани на програмен – грантов принцип, с предимство на регионалните приоритети“. С единодушие са одобрени следните приоритети: 1. Предоставяне на психичноздравни услуги в общността; 2. Кампания за интегриране на хора с психични разстройства; 3. Създаване на регионална мрежа и информационна система за събиране и обмен на здравна и социална информация; 4. Амбулаторно задължително лечение; 5. Психосоциална рехабилитация в стационарни условия; 6. Мобилна психиатрия и кризисни интервенции; 7. Обучение по психосоциална рехабилитация на екипи в ДЦ и защитени жилища. Прави впечатление, че за работа по психичноздравната политика се взимат решения през май на текущата година, което само по себе си е условие за трудно изпълнение предвид кратките срокове и променената концепция на финансиране. При отчитане на дейностите (на заседание от 12. 12. 2008г.)⁵¹ от плана за действие за 2008 г. става ясен следният начин на изразходване на заложените средства: I. 140 000лв. разпределени за „укрепване на управленското тяло по региони“ (РЦЗ); II. 49 000лв. за първите два приоритета: предоставяне на психичноздравни услуги в общността и Кампания за интегриране на хора с психични разстройства (съгласно обява в сайта на МЗ). Проектите са спачелени съответно от ОДПЗС – Враца и ОДПЗС – Русе. Скандално е погазен грантовият принцип, що се отнася до повече от две трети от предвидените средствата. Тук прозира обезсилването на решенията, взимани от НСПЗ, от страна на МЗ. Част от участниците в заседанието намират отчета за дейността на РЦЗ за формален, а Политиката за психично здраве за „мъртъв текст“, друга част от участниците напускат, пада кворумът и не могат да бъдат гласувани решения. През същата година е одобрена базата данни от международните партньори на изследването

49 Заповед на МЗ № РД 09-251 от 25. 07. 2007 за координатори на дейности по плана за 2007 г.; Заповед № РД – 15-2862 от 12. 09. 2007 на МЗ за извършена промяна в Бюджета на МЗ и Бюджета на НЦООЗ за осигуряване на средства за осъществяване на дейностите по Националния план за действие през 2007 г.

50 Протокол №2/22. 05. 2008 г. от заседание на НСПЗ.

51 Протокол №3/12. 12. 2008 г. от заседание на НСПЗ.

ЕПИБУЛ и са докладвани първите резултати на същото заседание.

За финансовата 2009 г. не успяхме да съберем достатъчно данни, за да завърши този анализ докрай. Фактите говорят, че е свикван НСПЗ един път на 13. 02. 2009 г., когато са гласувани и актуализирани дейностите⁵²: 1. „укрепване на управленския капацитет (отново включена точка); с интерсекторно сътрудничество“; 2. Създаване на информационна система за психичноздравна помощ, с включен модул за стационарни условия; 3. Обучение с фокус „вътреболнична рехабилитация“. Гласувано е и е прието единодушно предложение за нов състав (с по-малко членове) на НСПЗ.

На сайта на МЗ и днес няма да намерите публикувани дейностите от Плана за действие към политиката за психично здраве на Р. България 2006-2012 г. (нито за 2007, нито за 2008, нито за 2009 г).

Финансиране на психиатричната система

Психиатричната система се финансира по четири направления: (а) от държавния бюджет за стационарната психиатрична помощ; (б) от общинските бюджети за областните диспансери; (в) от НЗОК за специализираните амбулаторни практики и (г) чрез директно заплащане от пациентите и техните близки. Сложното и недостатъчно финансиране създава проблеми в организирането и особено в осигуряването на континуитет на предоставяните услуги – от стационарната към амбулаторната помощ, и обратно, както и във възможностите за проследяване на случаите, превенцията и профилактиката. Отчитането към различни финансиращи институции и липсата на работеща мониторингова информационна система от своя страна също така намаляват възможностите за адекватна информационна база и планиране на необходимите ресурси. Практически диспансерната, т.е. проследяващата дейност не се финансира. Психиатричната помощ като цяло, като се започне от промоцията на психичното здраве, активните интервенции и се стигне до психо-социалната рехабилитация, страда от сериозна липса на средства. Финансирането също така трябва да бъде устойчиво и предсказуемо. Евентуалните спестявания от затваряне на психиатрични институции (известния процес на деинституционализация на хора, увредени от тежка психична болест) трябва да се инвестират за организиране за психиатрия в общността. Стационарното лечение се финансира от МЗ. То обхваща дейността на психиатричните болници, диспансерните отделения и психиатричните отделения в многопрофилните болници. Финансирането на психиатричната болнична помощ се различава от финансирането на соматичната болнична помощ, която се заплаща от НЗОК. Един от проблемите при действащия механизъм за заплащане на болничната психиатрична помощ се състои в това, че той се основава частично на броя легла и частично на броя преминали болни. По този на-

⁵² Протокол №1/13. 02. 2009 г. от заседание на НСПЗ.

чин се насърчава синдромът на „въртящата врата“ и не се затваря цикълът на лечението. Дванадесетте диспансера – моделът за психиатрична помощ, който се е развил през последните десетилетия, представляват националната мрежа за извършване на извънболнично обслужване на кабинет. Те се финансират чрез общинските бюджети с отпускане на еднократна сума, която обаче не покрива извънболничната дейност. Този метод на финансиране стимулира диспансерите да поддържат и стационар, който да гарантира дейността им. На практика в законодателството липсва разпоредба, регламентираща начина на заплащане на извънболничната помощ в обществените лечебни заведения като диспансерите. В рамките на общия процес на приватизация дейността на психиатрите е преминала в частни кабинети, Диагностично-консултативните и медицинските центрове, заменили бившите поликлиники. Частно практикуващите психиатри обикновено сключват договори с НЗОК; за проследяването на случаите се налага да получават директно заплащане от пациентите (например лечението на депресивен епизод продължава около 2 месеца, а проследяването на профилактиката – от 6 месеца до 2 години и повече – в зависимост от предразполагащите и прециптиращите фактори). Това означава, че извънболничните психиатрични прегледи се финансират от НЗОК, която заплаща за консултации, но не и за продължителна терапия. Ограниченията, свързани със станалите „митични“ направления за консултация със специалист № 3 (давани от ОПЛ) и ниските цени за „вторична консултация“ демотивират професионалистите и текат процеси в посока към НЕ-сключване на договори с НЗОК от психиатричните практики. За финансиране на психотерапевтичните сесии (от НЗОК или Фонд) не може и да се заговори на държавно ниво. Друг проблем от съществено значение е фактът, че около 1 000 000 български граждани не са здравноосигурени поради различни причини. Това означава, че тези хора имат свободен достъп до медицинска помощ само по спешност, а в останалите случаи трябва да заплащат индивидуално. Обикновено тези лица са социално слаби, а също така заболяемостта от психични разстройства сред тях е по-голяма в сравнение с останалата част от населението. На следващата таблица (Табл. 26) е представено остойността на работата в психиатричните стационари. Всички нормативни актове, на които се основава финансирането, т. е. управленски решения, са отбелязани в най-лявата колона.

Таблица 26.

Нормативен акт **	Психиатрични звена	ПО	ПД	ДПБ	УБ	Бележки
2004-1 № РД 15-155 / 03.02.2004г.		*174 лв. /198 (при МБАЛ с м/у областни функции)	289/278 /Сф-обл/	-	278 лв./579 (СБАЛНП "Св. Наум")	
2004-2*** № РД 15-2884 / 26.10.2004		174 лв. /198 (при МБАЛ с м/у областни функции)	289/278 /Сф-обл/	-	278 /579 (СБАЛНП "Св. Наум")	
2005-1 № РД 15-161 / 27.01. 2005 г.		220 лв. /250 (при МБАЛ с м/у областни функции)	390/350 /СФ-обл/	-	320 /640 (СБАЛНП "Св. Наум")	
2005-2 № РД 15-1433 / 24.06.2005г.		220 лв. /250 (при МБАЛ с м/у областни функции)	390/350 /СФ-обл/	-	320 /640 (СБАЛНП "Св. Наум")	
2006 № РД 15-135 / 02.02.2006г.		270 лв.	350 лв.	-	-	
2007 № РД 15-989 / 03.05.2007г.		400 лв.	-	-	500 лв.	
2008 № РД 15-2807 / 19.09.2008г.		400 лв.	600 лв. /Сф-обл/	-	500 лв.	
2009 № РД 15-1957 / 08.07.2009г.		400 лв.	-	-	650 лв.	цени от 01.IX.09г.

* Среден разход за един преминал болен (изписан или починал)

** Данни от служебните бюлетини на МЗ.

*** Създава се чл. 3 б в заповед на министъра на здравеопазването със следното съдържание:
„Чл. 3б. (1) При отчетено от лечебното заведение увеличение на общия брой на преминалите болни с над 15% в сравнение със същото тримесечие на предходната година (с изключение на структурни промени и/или епидемии или други екстремно възникнали случаи) Министерството на здравеопазването намалява средните стойности по Приложение № 16, както следва:
1. намалява с 25% средните стойности по тези класове болести, за които е отчетено увеличение на броя на преминалите болни над 15% до 20%;
2. намалява с 35% средните стойности по тези класове болести, за които е отчетено увеличение на броя на преминалите болни над 20% до 30%;
3. намалява с 50% средните стойности по тези класове болести, за които е отчетено увеличение на броя на преминалите болни над 30%. (2) Намаление на средните стойности по т. 1, 2 и 3 на ал. 1 се извършва само за броя преминали болни, които в съответния клас болест са отчетени в над 15%-то увеличение“.

Съкращения:

ПО – Психиатрично отделение, ПД – Психиатричен диспансер, ДПБ – Държавна психиатрична болница, УБ – Университетска болница, МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

От изнесените данни може да се направят изводите, че за периода 2004–2006 г. включително сумата, определена за стационарно лечение на един човек в психиатрично отделение (ПО) към многопрофилна болница, е крайно малка. За същия период СБАЛНП „Св. Наум“ получава два пъти повече средства за преминал болен в сравнение с всички останали университетски психиатрични клиники.

Финансирането на Психиатричния диспансер за София – област е различно от това на останалите в страната. Най-неочаквано през втората половина на 2004 г. в нормативния акт от МЗ се въвежда рестриктивна финансова мярка, която намалява заплатената от държавата стойност за преминал болен, ако оборотът е с 15-50% по-висок от тримесечния период за предходната година. Тези феномени разкриват картина на необоснован и исторически институционализиран подход към финансирането на стационарната психиатрична помощ, без никаква друга аргументация.

Поради трудност да открием аналогични данни за периода 2001–2003 г. ще цитираме заключение от съпоставителен анализ на Герджиков и съавт. за този период⁵³: „Психично-здравните услуги (лечене и грижи), оказвани от един и същи тип лечебни заведения за пациенти с едни и същи заболявания, се различават значително по своя обем и качество. Това означава, че в системата на общественото здравеопазване е крайно необходимо въвеждането на устойчивостни алгоритми (протоколи) за стационарно лечение и грижи за различните групи пациенти, съобразени с медицинските стандарти за качество. Алгоритми и стандарти, които ще осигурят на българските граждани, нуждаещи се от стационарна психиатрична помощ, равнопоставеност в получаването на психично-здравна помощ, независимо от местоживеенето им.“

Важна особеност на българската психичноздравна политика е, че ангажиментът да се зачете правото на тежко психично болните да водят качествен живот, като се проведе нова политика на обслужване, държавата ни поема не пред българския избирател (никога не е имало граждански действия, които да показват, че някой в България е искал това), а пред партньора на страната, с когото тя пише най-новата страница в своята история – Европейския съюз. Неблагоприятна последица от това беше кампанийният характер на новата психичноздравна политика: медийният шум около нея затихна веднага след влизането на страната в ЕС и не беше последван от деловитост и предприемчивост от страна на двете ангажирани министерства, за да се отменят стогодишни навици на умовете и нагласите, скрепени в държавни документи. Стихийните процеси във финансирането и формалната заинтересованост на отговорните фактори (МЗ и МТСП) доведоха до „оголване на системата“ от млади, обучени и желаещи да работят специалисти – психиатри, психолози, социални работници и специалисти

53 Герджиков, И., Сотиров, В., Бедрозова, А. Психично-здравната помощ в България през периода 2001–2003 г. (Съпоставителен анализ). – Рецептор, 2004, № 6.

по здравни грижи. Водената политика на обучение в катедрите към университетите е едностранна, с маргинализиране на социалния контекст на тежката психична болест.

Нерешени проблеми

- Разпознаването на психичното здраве като приоритет на държавната политика е на формално ниво. Практическите приложения на декларираните стратегии са недостатъчни и трудно измерими по отношение на тяхната ефективност.
- Липсва обратна връзка между изпълнителите на психичноздравни услуги и ангажираните в тази област управленски нива.
- Недостатъчна хоризонтална координация на службите на местно и централно равнище. Липса на култура за интердисциплинарно сътрудничество и въвеждане на екипен подход.
- Съществуване на маладаптивни модели и стратегии за справяне със стреса сред населението.
- Подценяване значението на психичното здраве за качеството на живот на българина.
- Абсолютно недофинансиране на психиатричната система на всички етапи от обслужването на пациентите.

Препоръки

- Реално ангажиране на управленските институции в изпълнение на задачите от Плана за действие към Политиката за психично здраве 2006–2012 г.
- Интензифициране на работата на Националния съвет за психично здраве, при невъзможност за това – предприемане на инициативи от страна на МЗ за обособяване на орган (център, департамент, дирекция или друга независима структура), която да менажира процесите и да бъде отговорна при неспазване на сроковете.
- Създаване на система за мониторинг на дейността на службите за психично здраве в страната. Промени в наредбата за акредитация с адаптиране на оценката към спецификите на психиатричните служби и изискванията за тяхното реформиране.
- Въвеждане на практики за откриване на стреса и за обучения за справяне със стреса на работното място; създаване на програми за обучение по проблемите на стреса в училищата и висшите учебни заведения.
- Популяризиране на дейността на психичноздравните служби и постоянна кампания за промяна на нагласите на населението за търсене на по-

мощ и подкрепа. Борба със стигмата – работа с медиите, привличане на Съвета за електронни медии за партньор в дейностите.

- Реално остойностяване на амбулаторната и стационарната психиатрична помощ. Въвеждане на заплащане на дейностите по психо-социална рехабилитация и психотерапия от страна на НЗОК.
- Активна работа в посока усвояването на европейските фондове по линия на МЗ и МТСП за развиване на инфраструктури и технологии за новата базирана в общността психиатрия и за обновяване на институционалната материална база и практика.
- Разработване от МЗ в колаборация с ВУЗ и съсловните организации на програма за подготовката на кадри за работа с тежките психични разстройства в общността, основаващи се на научно доказани и апробирани тези.

Като пример тук ще посочим, че без терапевтичен договор, който е явление с интересен характер (т.е. предполага доверие аналогично на това, което скрепява природните отношения между майката и детето), атрибутите на властта като заповеди, договори, правилници и т.н., описани в нормативните документи, звучат като лоша шега; авторите им дори не подозират, че социалното помагане е немислимо извън контекста на терапевтичните отношения. Докато мотивацията за възстановяване произтича от връзката на доверие, рехабилитацията черпи своята ефективност от груповия процес, а не както нормативните документи полагат – от музикотерапията и трудотерапията. Авторите им очевидно никога не са чували, че структурирането на пространството и времето в рехабилитационната среда укрепва структурите на ума посредством груповия процес, а не поради страх от изгонване. Защитената среда се различава от институционалната среда не по това, че в нея потребителят сам си оправя леглото, за да не бъде наказан, а по това, че тя уважава териториалността на индивида и възстановява неговата автономност, като признава правото на неприкосновеност на тялото и личното му пространство, право непрекъснато нарушавано в приютното отглеждане на хора.

На ниво ЕС България в лицето на министъра на здравеопазването подписва „Декларацията от Хелзинки“, която полага като приоритет на правителствата опазване и промоция на психично здраве. После ратифицира „Зелената книга за подобряване на психичното здраве на популацията“ (Люксембург, 2005 г.) и накрая „Пакта за психично здраве“ (Брюксел, юни 2008 г.), който е задължение на всички страни членки. Тези официално поети ангажменти към страните от ЕС рязко контрастират с водената политика на местно, централно и регионално ниво.

Водената психичноздравна политика в две последователни правителства е много непостоянна и непоследователна, понякога обслужваща лобистки

интереси, понякога маскираща некомпетентността на вземащите решения и на товарените с отговорност фактори. Личните лидерски и мениджърски качества на отделни психичноздравни специалисти, макар и успели да постигнат нещо, не са в състояние да доведат докрай сериозните проекти в този сектор от здравеопазването. Смените на министрите на здравеопазването в едно правителство не водят до покачване на мотивацията за работа на експертите от по-ниските нива, които фактически носят на гърба си бремето за осъществяване на реформа, нито пък задействат някакво активно участие и формиране на усещане за екипност и удовлетвореност от работата.

VI. Състояние и развитие на системата за спешна медицинска помощ в Република България

Реформата в спешната медицинска помощ стартира с провеждането на международния конгрес по Спешна медицина през 1992 г. в град Варна. На него за първи път се поставя въпросът за реструктурирането на съществуващата в България система за бърза и неотложна медицинска помощ, като се изгради единна система за спешна медицинска помощ, ръководена и финансирана от държавата с определен ангажимент към спешно болните и с отпадане на т. нар. неотложна медицинска помощ.

Първоначалните цели на реформата в този сектор бяха:

- Увеличаване ефективността при оказване на спешна медицинска помощ, чрез повишаване бързината и качеството на оказаната медицинска помощ на мястото на инцидента, по време на транспортиране и в новосъздадени спешни приемни отделения или сектори.
- Диференциране функциите на спешната медицинска помощ от тези на първичната неотложна медицинска помощ.
- Създаване на самостоятелни структури с подходящ сграден фонд, автомобилен парк и медицинско оборудване.
- Създаване на самостоятелна радиокомуникационна и информационна система, покриваща територията на цялата страна.
- Създаване на профилно обучени висши медицински кадри чрез въвеждане на специалността „Спешна медицина“.

Центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП) се изграждат на основание Постановления на Министерски съвет № 37 и 211/1994 г., № 195/1995 г. и № 299/1996 г.

Центровете за спешна медицинска помощ са преобразувани в лечебни заведения с ПМС №20/2000 г.

За всичките 28 центъра са прилагани еднакви критерии за структуриране, материално-техническо и кадрово обезпечаване, за да се постигне равнопоставеност при обслужване на спешните пациенти независимо от тяхното местонахождение, местоживеене, раса, националност, етническа принадлежност, пол, произход, възраст, образование, политическа принадлежност, обществено положение или имуществено състояние (съгласно с Конституцията на Република България).

Дейността на центровете за спешна медицинска помощ се регламентира от следната нормативна база:

- Закон за здравето;
- Закон за лечебните заведения;
- Наредба № 25/1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ, измене-

на и допълнена в бр. 69/2001 г.;

- Правилник за устройство и дейността на център за спешна медицинска помощ, ДВ бр. 98/1999 г.;
- Наредба № 26/1996 г. за организацията на консултативната медицинска помощ и взаимодействието между здравните заведения при лечението на хоспитализирани болни и др.

Структура на системата на спешна помощ

В момента системата за спешна медицинска помощ се ръководи от Министерството на здравеопазването (МЗ), Дирекция „Медицински дейности“, без пряко ангажирана структура, каквато имаше до края на 2003 г., но в устройствените му правилници не са изрично регламентирани контролните функции на министъра. По този начин липсва пряка отговорност и ангажимент към системата от страна на МЗ.

Законът за здравето възлага контролни функции върху дейността на ЦСМП и на Регионалните центрове по здравеопазване (РЦЗ), като директорът, респективно Дирекция „Здравни дейности“ в РЦЗ „осъществява контрол върху цялостната дейност на централните за спешна медицинска помощ на територията на областта“, въпреки че не разполагат с кадровия капацитет за тази дейност. Това negliжиране от страна на държавата (в лицето на МЗ) доведе до неспазване на приетите принципи на дейност в тази система и въвеждането на нови по преценка на регионалния директор. Постепенно под претекст за несвойствена дейност централните намалиха обема на работа до стигане на степен обезличаване след отнемането на спешните приемни отделения след 01. 02. 2007 г. Дейността в по-голяма степен се състои от специализиран медицински транспорт, придружен с незначителен обем лечебна дейност.

Необходимо е да се създаде структура (дирекция), която да има строго определени функции:

- Да анализира потребностите в национален мащаб от структури, оказващи адекватна спешна медицинска помощ.
- Да анализира съществуващата нормативна база, регламентираща дейността на спешната медицинска помощ, да изработи медицински стандарт „Спешна медицинска помощ“ и алгоритми за поведение при спешни състояния, като при необходимост ги адаптира съобразно с потребностите на обществото.
- Да приема ежемесечните отчети за дейността на централните, да ги обработва, анализира и да предприема действия за подобряване на ефективността и качеството.
- Да приема и обработва друга информация, отнасяща се до проблемите на спешната медицинска помощ в страната.

- Да организира изпълнението на спешната републиканска консултативна помощ в страната.
- Да има пряк ангажимент към функционалната пригодност на комуникационно-информационната система в страната чрез изграждане на национална координационна централа (НКЦ), която:
 1. Координира функционирането на районните координационни централи.
 2. Събира информацията от изградената GPS-система.
 3. Контролира поддръжката и ремонта на системата, както и правомерността на използвания национален радиочестотен план.

Към тази централа може да се приобщи или да бъде използван и създадения „Национален медицински координационен център“, чийто функции в момента са формални и неефективни. При бедствия и крупни аварии НКЦ да има възможност за осъществяване на връзка с районните координационни централи и всички спешни екипи.

- Да е ангажирана със събирането и с анализирането на ежемесечна информация за функционалната пригодност на автопарка в спешната медицинска помощ, както и да наложи европейските стандарти за санитарните автомобили.
- Да координира и организира продължителната квалификация на работещите в системата на спешната медицинска помощ кадри.
- Да взаимодейства с други ведомства и институции, имащи отношение към сигурността на гражданите.
- Да осъществява международно сътрудничество със сродни институции.

След 1996 г. в страната функционират **28 центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП)**, разположени в областните градове, с 197 филиала, базирани в по-големите, рисковите или трудно достъпните общински центрове. Центровете са самостоятелни юридически лица, второстепенни разпоредители с бюджетни средства. Те са изградени съобразно с действащата нормативна база: Наредба №25/1999 г. и Правилник за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ.

Центърът се състои от следните структури:

Административно-стопански сектор, който включва: администрация, поддръжка и автостопанство. След неколкочкратните съкращения в системата административният персонал е сведен до критичния си минимум след няколкократните съкращения в системата и в момента се състои от 684 души, което е 10% от общата численост на работещите в системата.

Центърът се ръководи от директор, който има образователна степен

магистър по медицина, придобита клинична специалност и квалификация по здравен мениджмънт, като неговите правомощия и отговорност са регламентирани в „Правилник за устройството и дейността на ЦСМП“ и в „Длъжностна характеристика“. В момента някои от центровете се ръководят от лица, неотговарящи на изискванията, и от такива, които не притежават нужните управленски качества, за да осигурят ефикасност на поверените им центровете. Необходимо е или да се въведе задължителна атестация за директорите на всеки 3 години, като резултатът от нея да е основание за продължаване или прекратяване на трудовите правоотношения с министъра на здравеопазването, или да станат държавни служители с ежегодна атестация.

Автостопанството се ръководи от началник-автотранспорт и е ангажирано с подържането на функционалната пригодност на санитарния автопарк. Липсата на подходяща авторемонтна база в почти всички центрове и на квалифицирани автомонтьори са в основата на лошата поддръжка на линейките или на прекомерните разходи за поддръжка и ремонт в специализираните автосервизи.

Районна координационна централа (РКЦ)

РКЦ осигурява координацията и оперативното ръководство при оказване на спешна медицинска помощ на регионално ниво. В нея постъпват повикванията за спешна медицинска помощ чрез националния номер 150 и Единния европейски номер за спешни повиквания 112. Чрез унифицирана радиосистема повикванията се предават за изпълнение на свободен спешен екип, намиращ се най-близко до инцидента, като цялият процес се записва автоматично в компютърна система и се архивира за срок от 3 години.

В момента е изградена нова GPS-система за позициониране и мобилна връзка със спешните екипи, като са монтирани устройства на 300 линейки, при необходими 420. Успоредно с GPS-системата е изградена и нова информационна система за регистриране дейността на всеки екип и филиал.

Филиали за спешна медицинска помощ

Те са функционални структури на ЦСМП, базирани в общински центрове на административната област и създадени за по-бързо достигане на екипите до нуждаещите се от спешна медицинска помощ. Те разполагат с необходимата комуникационна, медицинска и транспортна техника, и в тях работи – съобразно числеността на населението и с площта на обслужваната територия, необходимият брой медицински екипи. Въпреки разкритите 197 филиала в страната има райони, които са трудно достъпни или са рискови и е необходимо разкриването на допълнителни филиали.

Спешно приемно отделение (СПО)

Спешните приемни отделения бяха базирани на територията на областните (до 01. 02. 2007 г.) и по-големите общински многопрофилни болници за активно лечение. В тях се осигурява денонощен прием на пациенти, нуждаещи се от спешна медицинска помощ, като се осъществява спешна диагностика, терапия и при необходимост хоспитализация. В структурата си те включват противошокова зала, приемни кабинети, манипулационни и стаи за наблюдение на пациенти. Медицинското и техническото оборудване в СПО позволява овладяване на животозастрашаващи състояния и стабилизиране промените на жизнените функции, както и експресна лабораторно-клинична диагностика. Всички СПО в страната бяха оборудвани с унифицирана медицинска апаратура и медицински принадлежности както следва: дефибрилатори, електрокардиографи, монитори, портативни респиратори, инфузионни помпи, пулсоксиметри, биохимични анализатори и реанимационни комплекти.

В тези отделения на ЦСМП се осъществяваше финализирането при обслужване на спешните пациенти в доболничната спешна помощ, стартирало в дома на болния или на местопроизшествието и продължило по време на транспорта. В тях се постигаше стабилизиране състоянието на спешния пациент и вземането на решение за връщане в дома или хоспитализация. В тези СПО в лечебния процес освен определения състав участваха и свободните от повикване екипи, както и обучаващите се и специализиращите тази специалност.

За жалост след като се прехвърлиха дейността, сградовият фонд и медицинската окомплектовка от ЦСМП в 27-те областни болници, експериментът на ръководството на МЗ през 2007 г. за подобряване обслужването на спешно болните, не постигна желанния резултат. Дори задълбоченият анализ показва крайно негативни последици:

- спешните пациенти не се обслужват от по-квалифициран персонал, числящ се към болничното лечебно заведение;
- обслужването на спешните пациенти се прекъсва, забавя се или се спорва като диагностично-терапевтичен алгоритъм, водещ често и до неблагоприятен изход;
- предоставеното медицинско оборудване от ЦСМП за нуждите на СО (или –според нововъдения странен термин – на „спешния портал“) почти не се използва по предназначение, а е в други болнични структури;
- при обслужването на спешни пациенти в тези „спешни портали“ се наруши принципът на равнопоставеност, като за обслужване се изисква изрядност в здравноосигурителния статус или наличен договор с РЗОК за изпълнение на клинични пътеки, свързани с патологията на спешно болния;
- появи се порочната практика да се изисква заплащане при обслужване

- на спешно болен, дори с утвърдени цени на болничното ръководство;
- наруши се равнопоставеността за качеството и обем на обслужване на спешно болният в зависимост от финансовото състояние на болничното лечебно заведение (търговско дружество), като не е изяснено поведението при фалит на това търговско дружество;
- не се постигна желаната икономия на финансови ресурси, дори около 15 – 20 милиона годишно се изплащат по доста неясни критерии за „обслужен, но нехоспитализиран спешен пациент“ в тези „спешни портали“;
- ЦСМП се лишиха от възможността да обучават специализанти по спешна медицина, както и да подготвят новопостъпващите в системата медицински кадри.
- наруши се възможността да се осъществява вярна статистика и анализ на обслужените травматични и терапевтични спешни пациенти, тяхната степен на увреждане и адекватност на лечебно-диагностично поведение.

Спешен приемен сектор (СПС)

Спешни приемни сектори са разкрити в по-малките общини, чрез които се осигурява денонощен прием на пациенти, нуждаещи се от спешна медицинска помощ, като се осъществява спешна диагностика, терапия и при необходимост хоспитализация или транспорт до друго лечебно заведение. В тях има необходимият минимум от медицинска апаратура и оборудване за изпълнение на дейността.

Често те се явяват единствената възможност за достъп до медицинска помощ, особено през нощта и през почивните дни.

В предстоящото реструктуриране или закриване на нискоефективни болнични лечебни заведения тези сектори може да се развият по отношение увеличаване възможността за краткотрайна хоспитализация или транспорт до болничното лечебно заведение, което ще окаже качествена медицинска помощ.

Транспортна дейност

Осъществява се с леки и специализирани автомобили – линейки, със специално обозначение, снабдени със светлинна и звукова сигнализация, с разрешен специален режим на движение, осигуряващ им предимство пред другите превозни средства.

Транспортните средства се различават и по предназначението си. Най-високо специализираните автомобили (90 бр.) са тези, в които работи реанимационен екип. Те са оборудвани с медицинска апаратура и реанимационни принадлежности, позволяващи животоспасяващи и животоподдържащи дейности.

Специализираните автомобили, в които работят спешни екипи за лекарска и долекарска помощ (265 бр.), също са оборудвани за ефективно оказване на спешна медицинска помощ, но в тях няма някои от медицинските апарати, необходими за продължителна реанимационна дейност.

Автомобилите за изпълнение на транспортна дейност (37 бр.) са без медицинско оборудване. Те са както леки автомобили за транспорт на консултанти и седящо болни, така и лекотварни за друг транспорт. Тяхната специфична дейност се изразява в специализиран спешен транспорт на пациенти, кръв, кръвни продукти, донори, донорски органи, медикаменти, апаратура, републикански и районни консултанти за оказване на спешна медицинска помощ.

От 2002 г. транспортната дейност на Спешната медицинска помощ бе ангажирана и с превоза на около 2300 хемодиализно болни, за което бе отпуснато допълнително финансиране от Министерство на финансите. За тази дейност се изминават около 4 000 000 км на година.

Кадрова обезпеченост

В Националната система за спешна медицинска помощ има 7113 служители, от които 1552 лекари, 2574 медицински специалисти, 2287 шофьори и 700 души друг персонал. В системата има 228 незаети щатни бройки, предимно лекарски, поради непривлекателните условия на труд, ниското заплащане, неособено престижното и перспективно придобиване на специалност „Спешна медицина“.

Най-сериозна липса на кадри има в ЦСМП София-град, Перник, Кърджали, Разград и Силистра. Една от целите на реформата в спешната медицинска помощ е да се създадат високоспециализирани кадри, които адекватно да отговорят на потребностите на населението. Това в началото се осъществяваше чрез курсове, финансирани от Световна банка. Обучавани бяха както висшите медицински кадри, така и медицинските специалисти и водачите на санитарни автомобили. През 2009 г. стартира проект за обучение на всички кадри в системата на спешната медицинска помощ, финансиран от Европейските фондове – „ПУЛСС – Практически увод в лечението на спешните състояния“.

През 1997 г. започна следдипломната квалификация за лекари в нововъведената специалност „Спешна медицина“, като досега има само около 170 лекари с придобита специалност.

В най-скоро време е необходимо да се актуализира учебната програма, като се промени и маниерът на обучение за придобиване на повече практически умения.

За жалост продължителната квалификация през последните 5 години се неглежираше от ръководството на МЗ и такава в момента не провежда.

Медицинските специалисти (2574) са предимно медицински сестри, ко-

ито нямат насочено обучение за работа в спешната медицина, и медицински фелдшери, каквито образователната ни система вече не произвежда и те с всяка измината година намаляват.

Необходимо е медицинските колежи да изготвят програми за надграждащо профилирано обучение по „Спешна медицина“.

Шофьорите, работещи в системата (2287), нямат никакво участие в оказването на спешна медицинска помощ поради липса на съответна подготовка. За да се запълни този дефицит, е необходимо в България по модела на много от развитите европейски страни да се стратира обучението на „парамедицински кадри“. Тези кадри ще изпълняват строго определен алгоритъм при оказване на спешна помощ, без да им се вменяват високо квалифицираните умения за диагностика и лечение. Тези парамедицински кадри могат да работят и в други сфери, свързани със сигурността на гражданите (пътна полиция, СОД, противопожарна охрана и др.).

Неоходимо е в близките 5 години да се обучат около 3000 парамедицински кадри.

Заклучение

Въз основа на гореизложеното може да се определи, че основен проблем за разрешаване в системата на спешната медицинска помощ е ниската квалификация на кадрите и липсата на програми за обучение.

Във връзка с определяне на борбата за намаляване загубите от непредумишления травматизъм като приоритет на Световната здравна организация, на Европейската здравна комисия и на Европейската организация „EUROSAFE“ в България е необходимо да се изгради както политика за превенция на този травматизъм, така и адекватно поведение за намаляване на последствията от него.

По данни на СЗО загубите от непредумишления травматизъм се изчисляват на 3% от brutния вътрешен продукт за високоразвитите западноевропейски страни, а за България е 1,5 %.

В България организацията за обслужване на травматично увредените се изразява в оказване на помощ от екипите на СМП, в хоспитализиране в многопрофилните болници за активно лечение и при необходимост пренасочване към университетските болници, ВМА или „Пирогов“.

У нас липсват съществуващите в много европейски страни травма-центрове, каквито най-вероятно трябва да се изградят (от 5 до 7 съобразно с финансовото състояние на държавата), за да прилагат идентични стандарти при лечението на пострадалите и да не зависи лечебният процес от финансовото състояние на многопрофилната болница – търговско дружество.

Спешната помощ в България досега е използвала санитарна авиация

чрез договор с външен изпълнител, който към момента (2009 г.) не е подновен.

У нас липсват подготвени кадри за оказване на спешна помощ при живото-застрашаващи състояния в други организации, ангажирани със сигурността на гражданите (полиция, пожарна, гражданска защита, СОТ и др).

С ефективността на СМП е тясно свързана и трансплантационната дейност в България. Така например ежегодно при автомобилни катастрофи загиват около 1000 души. Ако ефективността на СМП се повиши с 10%, то това води до завишаване броя на потенциалните донори със 100.

По-долу в обобщен вид са представени основните проблеми на спешната помощ у нас:

- Непривлекателните условия на труд, ниското заплащане и липсата на перспективи за професионална кариера правят придобиването и практикуването на специалността „Спешна медицина“ неособено престижно. В момента незаетите лекарски длъжности са около 230, а специалистите по „Спешна медицина“ – около 170.
- Липсват програми за продължително следдипломно обучение.
- Липсва образователна програма в медицинските колежи по специалността „Спешна медицина“ за медицински сестри.
- Липсва специализирана подготовка на водачите на санитарни автомобили за участие в оказване на спешна медицинска помощ, което ги прави безучастни в този процес.
- Безотказността в дейността на спешните центрове предполага медицинско обслужване както на здравно неосигурени лица, така и на срещнали затруднение при обслужването им от общопрактикуващите лекари или вдруги звена на здравната система. Това превръща спешната помощ в „черен вход на системата“ и създава чувство за второстепенност сред работещите.
- Липсата на спешни отделения към централите затруднява или прави невъзможно завършването на стартирани реанимационни или лечебни процедури на спешните пациенти. Ограничените възможности за ползване на спешна диагностика и консултативна помощ значително понижават качеството при обслужване на спешните пациенти и често са причина за неблагоприятен изход.
- Несвойствените ангажименти на системата за спешна помощ (като транспорт на хемодиализно болни, кръвни проби за изследване наличието на алкохол или други упойващи средства) значително утежняват и без това крайно недостатъчния бюджет.
- С въвеждането на Единния европейски номер за спешни повиквания 112 се приемат 10–15% от повикванията, но изпълнението им се забавя между 5 и 10 минути, което е в разрез с Европейските стандарти.

- Липсата на санитарна авиация значително ограничава възможността за своевременно оказване на спешна помощ в трудно достъпни и в отдалечени райони. България е единствената страна в Европейския съюз, в която не се осъществява тази дейност.

ГЛАВА 4.**Алгоритъм за вземане на решения, основани на доказателства в управлението - матричен модел за оценка на ефективността на процесите в здравеопазването**

Известно е, че ефектите от провеждането на дадена политика в областта на здравеопазването не са еднозначни поради голямото разнообразие от фактори, които въздействат върху очаквания краен резултат. Дори в случай на сравнително ясно и добре дефинирано действие, от което може да се очаква и ясен резултат (например кампания за имунизация от морбили или полиомиелит), се намесват редица фактори, които създават неяснота по отношение на крайния брой имунизирани, респективно по отношение степента на снижаване на риска от поява на епидемия. Това могат да бъдат контингенти с различна мотивация за имунизирване, затруден достъп до подлежащите на имунизирване, липса на достатъчно медицински кадри и пр. Много по-голяма степен на неяснота може да се наблюдава при други действия в медицината, където едно решение, взето въз основа на някакви икономически или дори на идеологически съображения, може да има много трудно определим резултат поради множеството неизвестни фактори, които влияят върху процеса на осъществяване на политическото решение. Примери за такива решения бяха дадени в глава 3.

Една от най-сложните и трудно поддаващи се на операционализиране системи в здравеопазването е системата на психичното здраве. Голяма част от медицинските дейности в тази област се основават на презумпции и клинични наблюдения, които едва в последните няколко десетилетия бяха подкрепени от обективни доказателства. С развитието на неврофизиологията, психофармакологията и други дисциплини стана възможно да бъдат обяснени и контролирани в значителна степен поведенчески и познавателни феномени, които стоят в основата на психичното заболяване. Това неминуемо се отрази благоприятно на методите за лечение и възможностите за рехабилитация на тези болни. С други думи, стана възможно да се установят и в тази област принципите, залегнали в концепцията МОД. Това обстоятелство пък създаде възможността да се изграждат здравни политики и в психиатричната област. Необходимо е обаче тези политики да са основани на доказателства. Първи сериозен опит за оценка, доколко тези политики са основани на натрупани данни и доказателства, е направен през 1999 г. от Торникрофт и Танзела (Thornikroft, Gr., Tansela, M. „Mental Health Matrix“, Cambridge University press, 1999). На практика това е матрица за оценка на психичноздравни служби, възникнали в резултат от съответно провеждана политика. Матричният модел, разработен от Торникрофт и Танзела, има две измерения – темпорално и географско, като всяко от тях има три подразделения.

Темпоралното е хоризонтално разположено и включва вход, процес и резултат, докато географското е вертикално и включва национално/регионално ниво, локално/ район на обслужване и индивидуално. Попълването на така оформената таблица (матрица) демонстрира и измерва връзката между вложенията, направени на национално ниво, и крайния резултат на индивидуално ниво.

Таблица 27

Географско Темпорално	Вход	Процес	Резултат
Национално/ регионално ниво			
Местно ниво (район на обслужване)			
Индивидуално ниво (пациент/потребител)			

Идеята за оценка на това, доколко дадена политика е ефективна, е всъщност оценка за това, доколко тя е съобразена със съществуващи факти и доказателства. Тази разработка дава импулс за следваща стъпка, която представлява алгоритъм за изработване на политика, наречен Mental Health Policy Template, развит от групата на Harvey Whiteford, Brisbane, Australia. (*фиг.11*)

Фигура 11

**Детайлно описание на компонентите на Темплейта****КОНТЕКСТ****Контекстът включва:**

- социалните, културалните и политическите условия на средата.
- Факторите на обкръжаващата среда, които влияят върху здравето на населението и в които се предоставят здравните услуги.
- Факторите извън здравната система, които влияят на предоставянето на здравните услуги и влияят на резултата от тях.

Обществена организация и култура

- Демография
- Икономическа среда
- Политическа среда
- Социална структура и системи

- Социална патология
- Други социални влияния на средата

Обществена политика

- Национална здравна политика
- Специфична здравна политика
- Здравно законодателство
- Други релевантни политики

Управление

- Дизайн на цялостната регулация на системата
- Защита на правата на потребителите
- Оценка на изпълнението
- Определяне на приоритетите
- Междусекторно сътрудничество
- Изследвания

Обществени потребности

- Смъртност
- Заболеваемост
- Инвалидност
- Използване на услугите

РЕСУРСИ

Ресурсите представляват елементите, които се въвеждат в системата на здравно обслужване

Финансиране

- А. Обществено финансиране на услугите
 - Преки и косвени данъци
 - Осигурителни плащания
- Б. Частно финансиране
 - Частно финансиране (бизнес организации)
 - Частно финансиране (нетърговски дружества – благотворителни организации, донори и др.)
- В. Индивидуално заплащане на услугите
 - Заплащане „от джоба“

- Време, инвестирано от индивиди и семейства в договаряне на услугите и предоставяне на грижи

Човешки ресурси

- Медицински персонал
- Немедицински персонал
- Традиционни лечители
- Семейства и други грижещи се
- НПО

Капиталови ресурси

- Здравни заведения
- Инфраструктура – пътища
- Снабденост с апаратура и възможност за прилагане на медицински технологии с различна степен на сложност.

Социален Капитал

Особеностите на социалната организация като гражданското участие, принципите на взаимодействие и доверие в другите, които определят и подкрепят съвместни действия с цел взаимен интерес могат да бъдат механизъм за повлияване на здравното състояние на индивидите.

ОБСЛУЖВАНЕ

Индивидуални медицински услуги

- Промоция
- Превенция
- Диагностика
- Лечение
- Рехабилитация

Медицински услуги предоставяни в общността

- Образование
- Промоция
- Превенция
- Други

Интерсекторни връзки

Често те попадат извън отговорностите на здравните институции (място за живеене, професионална ориентировка), но влияят на общото благосъстояние и здравния статус на човека. Здравната политика трябва да има предвид

тези услуги и тяхното влияние върху здравето.

- Социални грижи
- Религиозни организации
- Училища
- Образователна система
- Място за живеене
- Изправителни заведения, затвори
- Други социални услуги
- Професионална ориентировка
- Пазар на труда и работа

РЕЗУЛТАТИ

Здраве

- Население – здравен статус
- Индивид
- Клинично функциониране
- Качество на живот
- Удовлетвореност от услугите и достъпа
- Професионално ориентиране
- Рехабилитация
- Интензивност на грижите

Резултати от обслужването

- Ефикасност
- Достъп и равнопоставеност
- Целесъобразност
- Качество
- Ефективност

Икономически резултати

- Директни и индиректни разходи
- Продуктивна социална роля
- Резултати от външен характер
- Бедност

Социални резултати на две нива – общо население и индивид

- Промени в социалното обкръжение

- Промени в отношенията между хората
- Промени между индивидите и обкръжението
- Ползи за социалната група, свързани с подобреното психично-здравно състояние

При достатъчно събрани данни в съответните категории би могло с доста голяма степен на достоверност да се определи дали дадена политика е довела до резултати, или е останала само като добро описание на намерения. Широкият обхват на инструмента, който включва и информация, свързана с контекста за дадена страна или територия, позволява той да бъде приложен в значително по-широк мащаб, включващ цялата сфера на здравеопазването. Крайната цел, която се преследва с въвеждането на този алгоритъм или модел, е пациентът реално да се постави в центъра на системата.

Каква е технологията за въвеждане на модела за оценка на политика, основана на доказателства в текущата управленска практика? На първо място, трябва да се създаде устойчива междуведомствена връзка с обмен на информация и използване на общи индикатори за оценка на провежданите политики в съответния сектор. Пример за такава междуведомствена връзка е подписването през 2003 г. на споразумение между НЗОК и НОИ за обмен на данни, свързани с неосигурените лица и със списъците на обслужваните от общопрактикуващите лекари граждани (Меморандум за съвместна работа от 17 април 2003 г.). Според доклад на Институт Отворено общество „Здравнонеосигурените и здравното осигуряване в България“ – 2009 г., едва след подписването на този документ става възможно да се установи броят на неосигурените лица. Създаде се регистър на осигурените лица, който НОИ ежесечно подава на НЗОК, а тя от своя страна изготвя списъци до общопрактикуващите лекари, които по този начин получават информация за осигурителния статут на записалите се при тях граждани. Тази стъпка обаче не е достатъчна. Необходими са промени в нормативната уредба, които да задължат институциите, събиращи здравностатистическа информация, да я обменят помежду си с оглед унифициране на данните и правените периодични анализи. Така например липсва връзка между данните, събирани от Националния център за здравна информация и Националната здравноосигурителна каса. В немалка степен тези данни са свързани с едни и същи индикатори и връзката между тези две институции може да повиши тяхната достоверност. Друг пример за опит за установяване на междуведомствени отношения с цел подобряване на работата, свързана с едни и същи потребители на услуги, е рамковият договор за сътрудничество между МЗ и МТСП, подписан на ниво министри през 2005 г. Договорът задължава двете министерства да си сътрудничат в предоставянето на услуги на хора с психически увреждания предвид факта, че МТСП осигурява материална база и човешки ресурси за таки-

ва услуги (дневни центрове за хора с увреждания, защитени домове, социален асистент и др.), докато МЗ има експертизата да предостави методична помощ и обучение на работещите в тези заведения социални работници и др. Нуждата от такава методична помощ произтича от факта, че голяма част от лицата, настанени в тези заведения, се нуждаят от постоянно лечение и периодично медицинско наблюдение. За съжаление този договор не се разви в промяна на нормативната уредба, която да институционализира представените отношения в практиката.

Скъсаната връзка между ведомствата, занимаващи се с едни и същи контингенти от лица, които се от грижи и лечение, не позволява да се направи цялостна оценка на провежданата в даден сектор на здравеопазването политика. Ето защо и попълването на предложения темплейт ще бъде затруднено, ако не се проведат предварителни стъпки за гарантиране на междусекторно и междуминистерствено сътрудничество, което да произтича от изисквания в нормативната база, определяща задълженията на тези ведомства и институции.

Друга важна стъпка в създаването на благоприятни условия за въвеждане на модела за оценка на политиката е подобряването на обратната връзка между изпълнители и потребители чрез въвеждане на модерни информационни технологии, като електронната осигурителна карта за пациента, интегрираната единна информационна система и въвеждането на интегрални показатели за здравния статус на населението. Електронната осигурителна карта е задължителен елемент от цялостната информационна система, която трябва да бъде изградена на национално ниво и да включва всички бази данни, свързани със здравния статус на населението. Успоредно с това трябва да бъдат въведени интегрални показатели за измерване на здравето на населението, от които да става възможно да се правят актюерски анализи с оглед планиране на ресурси и провеждане на адекватна и устойчива политика в здравеопазването.

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТНА КАРТА

1. В кои от посочените области сте взели управленски решения в течение на 2008 г. (Отбележете всеки верен отговор като запишете "1" на съответния ред във втората колона)

1. Здравна политика	
2. Управление на медицински персонал	
3. Специализация и обучение на персонал	
4. Разположение на здравна мрежа	
5. Разпределение на здравни ресурси	
6. Финансиране на здравни процеси и дейности	
7. Здравно състояние на населението	
8. Нормативна база на здравната система	
9. Събиране, изпращане на статистическа информация	
10. Проблеми на околната среда	
11. Други – опишете, ако желаете	

2. По време на процеса на взимане на решение консултирахте ли се с някоя от изброените по-долу групи и ако е така – по какъв начин. (За всеки субект отбележете с „1“ колоната, ако съответният начин на съгласуване се е състоял)

Начини за съгласуване Субекти, с които се извършва съгласуването	Консултативен съвет	Писмено съгласуване	Устно съгласуване	Уведомяване за взето решение	Неформални консултации
1. Държавни служби и структури					
2. Структури на местната власт					
3. Лечебни заведения и ОПЛ					
4. Професионални организации (напр. БЛС)					
5. Организации на пациенти					
6. Граждански организации					
7. Стопански субекти					

3. Търсите ли информация в подготовката на тези решения?

(Отбележете с „1“ верния отговор)

1. Да	
2. Не	

Ако отговорът Ви е „ДА“, моля отбележете с „1“ всички използвани източници:

3.1. Издания на Националния център по здравна информация:

1. Сборник “Здравеопазване” кратък справочник	
2. “Здравеопазване” – изд. НСИ и НЦЗИ	
3. Бюлетин “Инвалидност в РБ”	
4. Бюлетин “Хоспитализирана заболеваемост в РБ”	
5. Бюлетин “Икономически анализ ...”	
6. Бюлетин “Леглови фонд и дейност...”	
7. Доклад за здравето на нацията	

3.2. Собствена информация на Вашата институция

1. Отчети	
2. Статистическа информация	
3. Други документи	

3.3. Информация от официални източници:

1. Нормативна база на Република България	
2. Издания на Националния статистически институт	
3. Издания на други министерства и ведомства	
4. Други	

3.4. Информация от научни издания:

1. Списание “Социална медицина”	
2. Списание “Здравен мениджмънт”	
3. “Българско списание за обществено здраве”	
4. Други научни списания	
5. Монографии, студии, доклади, анализи	
6. Други	

3.5. Информация от медии

1. Печатни	
2. Електронни	

3.6. Информация от социологически проучвания

1. Да	
2. Не	

3.7. Издания на СЗО и други международни организации – моля посочете

1.
2.
3.
4.
5.
6.

3.8. Информация от здравните и лечебни заведения – моля посочете

1.
2.
3.
4.
5.
6.

3.9. Други източници на информация – моля посочете

1.
2.
3.
4.
5.
6.

4. Посочете за състоянието на кои показатели търсите информация:*(Моля, отбележете с „1“ всеки верен отговор)***4.1. Демографски**

1. Население по пол, възраст, градско/селско	
2. Брачност	
3. Раждания, аборти, раждаемост	
4. Умрели, смъртност (обща, детска)	
5. Други	

4.2. Заболеваемост

1. Регистрирани заболявания, заболяемост	
2. Болни под наблюдение	
3. Хоспитализирани случаи	
4. Първично инвалидизирани лица, инвалидност	
5. Други	

4.3. Лечебни и здравни заведения

1. Брой	
2. Леглови фонд	
3. Социални услуги – заведения, места, лица	
4. Детски ясли – заведения, места, деца	
5. Други	

4.4. Персонал

1. Количество по вид образование и специалност	
2. Други	

4.5. Дейност на лечебните заведения

1. Постъпили в стационарите	
2. Изписани и умрели	
3. Използваемост, оборот, среден престой	
4. Регистрирани аборти	
5. Оперирани болни	
6. Извършени операции	
7. Дейност на диализните структури	
8. Дейност на центрoвете за спешна помощ	
9. Амбулаторни посещения	
10. Други	

4.6. Икономическа информация

1. Приходи на лечебните заведения	
2. Разходи на лечебните заведения	
3. Икономически показатели – среден разход на...	
4. Брутен вътрешен продукт, бюджет и др	
5. Други	

4.7. Интегрални показатели – от типа на HALE, DALE, DALY, QALY и други

1. Очаквани години преживяни в здраве/в болест	
2. Загубени години – поради смърт/болест	
3. Други	

4.8. Фактори на околната среда от значение за здравето

1. Да	
2. Не	

4.9. Рискови групи сред населението

1. Да	
2. Не	

4.10. Показатели за физическо развитие:

1. Да	
2. Не	

5. Смятате ли, че достъпната Ви информация е достатъчна, за да вземате информирано решение (Отбележете с „1“ верния отговор)

1. Да	
2. Не	

6. Имате ли необходимост от повече информация за следните показатели:

(За всяко от изброените дайте оценка по скалата от 0 до 10:

0 – никаква необходимост, 5 – умерена необходимост, 10 – голяма необходимост)

	Оценка
1. Демографски	
2. Заболеваемост	
3. Болестност	
4. Лечебни заведения	
5. Персонал	
6. Дейност	
7. Икономическа информация	
8. Интегрални показатели	
9. Фактори на околната среда	
10. Рискови групи	
11. Физическо развитие	
12. Други – посочете	

7. Смятате ли, че получаваната информация трябва да бъде детайлизирана в направления като:

(За всяко от изброените дайте оценка по скалата от 0 до 10: 0 – не, 5 – умерено, 10 – да)

Региони – области, общини	
Населени места	
Възрастови групи на население/пациенти	
Социални групи,	
Професии	
Видове болести	
Конкретни лечебни/здравни заведения	
Болнични отделения/клиники	
Видове дейности	
Видове приходи – по източници	
Видове разходи – по направления	
Други направления – посочете	

8. Бихте ли желали представената Ви информация да съдържа повече:

(За всеки показател отбележете с „1“ колоната, ако имате нужда от съответните данни)

Показатели	Данни	Данни за минали периоди	Прогнозни данни за бъдещи периоди	Процентни разпределения	Тримерни и повече -мерни таблици	Графично представяне
1. Демографски						
2. Заболеваемост						
3. Болестност						
4. Лечебни заведения						
5. Персонал						
6. Дейност						
7. Икономическа информация						
8. Интегрални показатели						
9. Фактори на околната среда						
10. Рискови групи сред населението						
11. Физическо развитие						
12. Други						

9. Желаете ли статистическата информация да Ви се предоставя посредством интерактивни електронни бази данни (с възможности сами да избирате необходимите показатели, признаци за дезагрегация, допълнителни обработки).

(Отбележете с „1“ верния отговор)

1. Да	
2. Не	

10. Смятате ли, че имате необходимост от пряк достъп до информационни системи на други институции(Отбележете с „1“ верния отговор)

1. Да	
2. Не	

10.1. Ако отговорът Ви е „ДА“, моля отбележете с „1“ всички нужни информационни системи: (Отбележете с „1“ верния отговор)

1. Национална здравно-осигурителна каса	
2. Национален център за здравна информация	
3. Други	

11. При вземане на управленски решения изследвате ли възможните бъдещи последствия върху следните обекти. Моля посочете и изследователските инструменти, които използвате:

(За всеки обект отбележете с „1“ колоната, ако използвате съответния инструмент)

Инструменти Обекти	Статистически методи	Компютърни симулации	Социологически проучвания	Данни от други изследователи	Чуждестранен опит	Експертни оценки
1. Здравно състояние						
2. Обществено мнение						
3. Организация на системата						
4. Мнение на персонала						
5. Доходи на персонала						
6. Приходи на заведенията						
7. Разходи на заведенията						
8. Разходи на НЗОК						
9. Разходи на МЗ						
10. Заплащане на персонала						
11. Финанси на гражданите						
12. Други последствия – моля посочете						

12. При събиране и анализ на необходимата Ви информация обработвателите я допълнително или я използвате така, както е дадена в съответния източник

(Отбележете с „1“ верния отговор)

1. Да	
2. Не	

13. Доволен ли сте от съществуващото информационно осигуряване за вземане на управленски решения *(Отбележете с „1“ верния отговор)*

1. Да	
2. Не	

14. Имате ли препоръки за подобряване на информационното осигуряване на институцията Ви? Моля, споделете най-важните от тях:

1.
2.
3.
4.

БИБЛИОГРАФИЯ⁵⁴**Към глава 1.**

1. Закон за лечебните заведения
2. Правилник за устройството и дейността на Националния център по здравна информация

Изданията на НЦЗИ, обхванати в анализа

1. Сборник „Здравеопазване“ – 2008 г.
2. Бюлетин „Икономически анализ на динамиката на лечебните заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване в Р България за периода 2001 – 2007 г.“
3. Бюлетин „Леглови фонд и дейност на стационарите на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите“
4. Бюлетин „Инвалидност“ в Република България за периода 2000–2007 г.
5. Бюлетин „Хоспитализирана заболеваемост в Република България за периода 2000 – 2007 г.“
6. „Здравеопазване“ 2007 – кратък статистически справочник

Към глава 2

1. Бюлетин „Икономически анализ на дейността на лечебните заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване в Р България за периода 2007–2012 г. Прогнозиране за периода 2008–2012 г.“. София, НЦЗИ, 2009.
2. Бюлетин „Хоспитализирана заболеваемост в Република България за периода 2000–2007 г.“. София, НЦЗИ, 2008.
3. Бюлетин „Леглови фонд на стационарите на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите“. София, НЦЗИ, 2008.
4. Становища на водещи длъжностни лица и експерти, отразени в медиите за периода септември – декември 2009 г.
5. European Commission (2004). *Project Cycle Management Guidelines*. Development DG. Brussels.
6. Thornicroft, G. & M. Tansella (1999). *The Manual Health Matrix. A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
7. Wing, J. (1986). *The cycle of planing and evaluation*. In *Mental Health Services in Britain: the Way Forward* (ed. G. Wilkinson & H. Freeman), pp. 35-48. London: Gaskell.

⁵⁴ Източници и ползвана литература, неупомената под линия в изданието

**ЗДРАВНА ПОЛИТИКА,
ОСНОВАНА НА ДОКАЗАТЕЛСТВА**

Доклад

Христо Хинков, Божимир Давидов, Михаил Околийски,
Захари Зарков, Ангел Броцилов, Владимир Наков,
автори

Институт "Отворено общество" София
София 1000, ул. "Солунска" 56
тел.: (02) 930 66 19, факс (02) 951 63 48
<http://www.osi.bg>

Оформление "Сеп-Инфома" ООД
тел.: (02) 872 74 96; e-mail: sepa_infoma@abv.bg

ISBN 978-954-2933-04-5