

Фондация “Фридрих Еберт”  
Съюз на учените в България

# **ЗДРАВЕТО НА ХОРАТА - НАЦИОНАЛЕН ПРИОРИТЕТ**

Обща редакция  
Проф. д-р Дамян Дамянов, дмн

София, 2006 г.

Сборникът съдържа материали от Националната конференция **“Здравето на хората - национален приоритет”**, организирана от Фондация “Фридрих Еберт”, Съюз на учените в България и Български лекарски съюз на 30 ноември 2005 г., под патронажа на президента на Република България г-н Георги Първанов.

© Фондация “Фридрих Еберт”, Регионално бюро София

© Съюз на учените в България

© проф. д-р Дамян Дамянов, дмн

© Издателство на Съюза на учените в България

ISBN

## Съдържание

Слово при откриване на конференцията .....	5
Проф. д-р Д. Дамянов, дмн	
Равнопоставеността на всички лечебни заведения е първата стъпка към реструктуриране на системата .....	7
Д-р Андрей Кехайов	
Слово на Президента на Република България Георги Първанов .....	10
Проблеми на реформата и системата на здравеопазването .....	19
Проф. д-р Радослав Гайдарски, дмн	
Усъвършенстване на механизмите за финансиране на здравната дейност у нас .....	23
Д-р Иван Букарев	
Лекарствена политика - реалности и перспективи .....	26
Д-р Емил Райнов	
Медицинското образование - условие за високо качество на здравната дейност .....	32
Проф. д-р Владимир Овчаров, дмн	
Здравен статус на населението в Република България и необходимост от профилактична дейност .....	38
Проф. д-р Любомир Иванов, дмн	
Достъпност и качество на здравната помощ, оказвана от мрежата на общопрактикуващите лекари .....	54
Д-р Николай Колев	
Университетските болници – състояние и перспективи	69
Д-р Евгений Медникаров, дм	

Болничното здравеопазване - проблеми на незавършената реформа и възможни стратегии ....	78
Д-р Жанина Калинкова	
“Step by Step” или български крачки в здравеопазването? .....	95
Д-р Стайко Спиридонов	
Здравето на хората - национален приоритет .....	97
Проф. д-р Дамян Дамянов, дмн	
Приложение	
Една идея за финансов мениджмънт на лечебни заведения на база на разходен бюджет .....	113
Д-р Стайко Спиридонов	

## **Слово при откриване на конференцията**

Проф. д-р Дамян Дамянов, дмн  
председател на СУБ

*Уважаеми господин президент,  
Уважаеми господин председател на Парламентарната комисия по здравеопазване,  
Уважаеми госпожи и господа народни представители,  
Уважаеми господин министър,  
Уважаеми господа заместник-министри,  
Уважаеми колеги и участници в днешната конференция,  
Госпожи и господа,*

Преди една година в същата зала СУБ и фондация “Фридрих Еберт” организираха подобна конференция под надслов “Здравната реформа в България – проблеми, перспективи, решения”. Какво се промени през този период? Налице са нов състав на вече 40-то Народно събрание, нов състав на парламентарната комисия по здравеопазване, нов екип на Министерството на здравеопазването. И което е най-важното – нова обстановка в здравната система и политика на страната. В резултат на двумесечна предизборна борба в общественото пространство бяха изведени позициите на основните политически сили за проблемите на здравеопазването и пътищата за тяхното решаване. Станаха ясни допирните точки и различията. Последица на тройната правителствена коалиция бе стремежът за сближаване на целите и действията на три водещи партии. И не на последно място – стана ясно, че и управляващите, и опозицията проявяват готовност за общи действия в системата на здравеопазването чрез консен-

сус по основните насоки и запазване на различията при изпълнение на отделни клаузи.

За всички нас е ясно, че основни решения по здравната реформа не бива и не могат да се отлагат за прекалено дълъг период. Това създава уловия за социално напрежение, води до финансови проблеми, до неблагоприятни последици върху здравния статус и демографията на населението. От друга страна здравната реформа е дълготраен процес. Тя не прекъсва никога, а трябва да продуцира нови действия за усъвършенстване на системата. Но усъвършенстването влиза в сила тогава, когато основните елементи са реформирани, а основната схема е вече сглобена и работи приемливо.

Това е причината акцентът днес да бъде поставен върху “Здравето на хората” като национален приоритет. Желанието на организаторите е да се обърнем към основната непроведена част от здравната реформа – болничното здравеопазване, да заострим вниманието към важни нерешени проблеми – усъвършенстване на механизмите на здравното осигуряване и на финансирането в здравната система. Но и да обърнем поглед към други важни елементи на здравеопазването – достъпност и качество на здравната помощ и профилактичната дейност за населението на страната. Това вече би било надграждане на системата, а не само реформиране. Необходимостта от надграждане, от нови полезни за хората действия е важна за българските граждани, сблъскващи се постоянно с проблеми от напасването между индивидуалните и колективните участници в здравната система.

Ако днешната конференция бъде полезна в посоката на търсене на сполучливия път за здравната система на страната, тя ще е изпълнила своята обществена задача. Надявам се всички участници днес да сме обединени в името на такава цел.

## **Равнопоставеността на всички лечебни заведения е първата стъпка към реструктуриране на системата**

Д-р Андрей Кехайов  
Председател на Българския лекарски съюз

За мен е чест в качеството си на председател на Българския лекарски съюз да бъда съорганизатор на такъв висок форум, който се провежда под патронажа на президента на Република България.

На днешната дискусия бих искал да акцентирам на това - какво направи досега и какви отговорности пое БЛС? Здравеопазването е един организъм и за да е жив този организъм, трябва да се познават детайлите, елементите и процесите, които текат, дори на ниво клетка. Здравеопазването като система и промени, които се реализират в нея, означава познаване на всички нива, работа във всичките ѝ сегменти и балансиране при ограничен финансов ресурс. Това изисква и всички ние да поемем съответните отговорности.

В този контекст, поетата от БЛС отговорност /с участието на всички медицински университети, научни дружества и асоциации по специалности/ за продължителната квалификация на лекарите е нещо, което води до подобряване качеството на медицинските услуги. И първите резултати вече са налице. Важен акцент в нашата работа е и поетият ангажимент (съгласно Закона за здравето) за изработването на правила за добра медицинска практика. Те ще позволят на нашата свободна и саморегулираща се професия чрез консенсус да намери и да разпише ръководство за начина, по който ще се работи.

**Другото, което отличава нашата професия от всички останали, е етиката и етичните норми вътре в съсло-**

**вието и към обществото.** Тенденциите, които проличаха в последните месеци, очевидно изискват подобряване на дейността ни в тази посока. Предстои и провеждане на извънреден Събор за промени в Кодекса за лекарска етика, съобразени с препоръките на Световната медицинска асоциация.

През последните години, БЛС се приобщи реално към европейските структури и аз използвам възможността, за да съобщя, че през следващата година ние ще бъдат домакини на годишния форум на лекарските камари от Европа. **Тук бих искал да заявя, че оценката, направена от генералния секретар на Световната медицинска асоциация за БЛС пред лекарските камари от Европа, беше изключително висока.**

Днес имаме нужда повече от всякога да обединим усилията на всички институции, за да се реализират онези промени, които ще отговорят на очакванията на обществото. И да кажем истините такива, каквито са, за да не се разминем с очакванията на гражданите и да се получи отново противопоставяне между лекари и пациенти, което е недопустимо в етап на присъединяване на България към Европейския съюз.

В момента ние имаме един модел, базиращ се на ясни принципи: солидарност, равнопоставеност и договаряне. И аз мисля, че надграждането на този модел и поемането на отговорност от всички институции, ще даде възможност да бъде направено нещо по-добро, дори в условията и на настоящия бюджет.

Има още един проблем, който напоследък често се обсъжда - това е параграф 7 от бюджета на НЗОК, според който на всяка болница се определя глобален бюджет, на база нейния капацитет и дейност. Ако се върнем към лимитиране, то се връщаме в началото на реформата, където 3 години след нейния старт нямаше промяна в цените, т.е. на практика нямаше договорно начало. Трябва да си отговорим дали искаме да надградим системата, или се връщаме към един друг модел, който противоречи на философията в реализираните законодателни промени. Даването на възможност за равно-



поставеност на всички лечебни заведения – частни, държавни и т. н. - без да се прави каквото и да е деление, без някой да ги ограничава с определен бюджет, ще усъвършенства системата и е първата стъпка към действително и ефективно реструктуриране. Българският лекарски съюз има своя капацитет и готовност да бъде част от реализацията на този процес.

# Слово на Президента на Република България Георги Първанов

*Уважаеми народни представители,  
Уважаеми професор Дамянов,  
Уважаеми доктор Кехайов,  
Уважаеми господин министър,  
Уважаеми госпожи и господа,*

Идеята за този форум беше коментирана от организаторите преди доста време. Подготовката му беше ускорена с публичната дискусия, която започна около енергичните промени, реализирани от Министерството на здравеопазването и които предизвикаха обоснован интерес не само от професионалните среди, но и от широки обществени слоеве.

Искам да поздравя организаторите за трайния интерес към тази тема. Специално искам да благодаря на фондация “Фридрих Еберт”, която показва една трайна чувствителност към социалната проблематика и се радвам, че и Българският лекарски съюз и Съюзът на учените са плътно ангажирани с усилията на институциите, на обществените организации, професионалните структури за намиране на верните, работещите решения.

Не си представям, че нашето присъствие тук - на политиките, на представителите на различните институции е в това да поставяме диагнозата, да даваме съвети, още по-малко менторски, както понякога си го позволяваме. Целта е по-скоро да чуем вашите мнения, предложения и визия за развитието на реформата, за да може те да бъдат отразени в нашата конкретна управленска дейност.

Смятам, че целта на форума не бива да се затваря в коментарите по случващото се напоследък с лекарствата, здравните вноски, болниците и други подобни проблеми. Дис-

кусията трябва да провокира обосноваването на една по-дългосрочна визия за бъдещето на българското здравеопазване. И ще се върна преди една година, където в същата тази зала споделих опасенията си, че лошото здравеопазване застрашава да прекъсне естествените биологични и социални процеси в обществото и да се отрази пагубно върху бъдещето на българската нация и държава. Много тежки, много тревожни са изводите, които правят анализаторите. Добре съзнавам, че това не е въпрос, който можем да решим с усилията на един сектор. Става дума за решения, които трябва да бъдат проведени с усилията на всички институции. Впрочем, тъкмо заради това, вероятно в началото на новия политически сезон след Нова година аз ще свикам подготовения отдавна Консултативен съвет по национална сигурност по темата за изработването на нова демографска политика. Защото, както и друг път съм казвал, болестта наред с бедността е явление, което най-силно и най-бързо ерозира и разрушава устоите на личността, семейството и държавността.

Едва ли ще кажа нещо ново, но ще повторя, че за последните години, поради некомпетентността и непочтеността на някои от идеолозите на здравната реформа, българското общество беше въввлечено в непредвидим и не достатъчно обмислен процес на промени в здравеопазването, който логично доведе до днешната тежка ситуация. Тук не сме се събрали да ровим, да анализираме, да коментираме, освен ако това не ни помогне в търсенето на нови модели, респективно решения.

Бих искал още в самото начало да изразя своята подкрепа за заявените намерения на министерството и лично на проф. Гайдарски, на Здравната каса, на всички от които зависи намирането на решение на по-голяма част от наследените тежки проблеми в системата на здравеопазването.

Промените биха имали смисъл и ефективен резултат, само ако институциите изведат здравеопазването като действителен национален приоритет, а това означава и реално осигуряване на реформите.

Ще кажа отчетливо, за пореден път – при всички трудности на бюджетното осигуряване ние не бива да забравяме, че има едно право на гражданите, закрепено в Конституцията – правото за равен достъп до здравеопазване. А това означава, че е необходима такава организация на здравната система, която да доближава медицинските грижи до хората, в това число и до бедните, до жителите от малките населени места.

Бих искал всички ние – политици, медии, граждани, да сме активни обществено не само, когато се касае до ръководството на една или друга елитна болница, но и за здравните пунктове в отдалечените райони.

Прочетох многобройните коментари в печата в последните дни по повод едно мнение на д-р Маргарита Ницова, директор на болницата в Монтана. Няма и не бива да има втора категория болници и пациенти. Подписвам се с две ръце под тази философия.

Очевидно, че държавата трябва да мобилизира ресурс, за да покрие част от дълговете на болниците, но при строг контрол върху политиката на разходите, защото не може да има недосегаеми.

Искам да изразя обществените очаквания, че ще бъдат предприети адекватни мерки за постигането на много по-голяма ефективност на медицинската помощ чрез скъсяване на връзките и подобряване на координацията между различните равнища на системата, в това число и особено между болничната и извънболничната помощ.

За съжаление, при провеждането на здравната реформа, вместо да се подобрят и оптимизират, бяха нарушени и даже разрушени и там, където ги имаше, координацията и връзките между различните равнища на системата и най-вече именно между болничната и извънболничната помощ.

Напоследък виждаме, че се откриват и изграждат нови и предимно частни медицински комплекси, които убедително решават този въпрос като събират под един покрив пър-

вичната, специализираната извънболнична и болничната помощ, което може да послужи за модел на бъдещото подобряване и развитие на здравеопазването като цяло.

Иска ми се да изразя надежда, че ще бъде сложен много по-сериозен акцент върху профилактиката. Защото, както и друг път съм казвал, не бива тази дейност да се предоставя единствено на някои граждани и неправителствени организации, без разбира се да се подценява тяхната роля.

В тази връзка не мога да не отбележа положителния факт, че новото ръководство на министерството на здравеопазването обяви профилактиката като първи приоритет в дейността си през следващите 4 години. Наистина, профилактиката може рязко да подобри здравния статус на нацията и колкото тя е по-добра, толкова по-малко болни и повече спестени пари за здравеопазване ще има. Вие по-добре от мен знаете, че лечението винаги е по-трудно, по-скъпо и често пъти с непредвидим изход.

Изключително важна цел е рязкото намаляване на детската смъртност, подобряване на детското и майчино здраве и здравето на жените във фертилна възраст. Въпреки трудностите, са необходими усилия да се възстанови основната част от системата на училищното здравеопазване, да се привлечат необходимите специалисти.

Насищането на здравната мрежа със специалисти и здравни звена е необходим, но недостатъчен фактор за снижаването на детската заболеваемост и смъртност, които тревожно и застрашително нарастват през годините на прехода. Именно затова смятам, че в условията на остра демографска криза, майчиното и детското здравеопазване трябва да се превърнат в изключителен приоритет на всички институции у нас, включително и на президентската.

Заедно с редица медийни и бизнес партньори буквално от утре ще обявим старта на третото поредно издание на благотворителната инициатива "Българската Коледа". За две поредни години тя събра и разпредели не малко средства за

лечение на тежко болни деца, за обзавеждане и оборудване на детски клиники в страната с нова, съвременна апаратура.

Тази инициатива ще продължи, вярвам и занапред, независимо от това кой олицетворява държавната власт, най-вече президентската институция. Но още веднъж искам да подчертая, че подобни инициативи целят да помогнат, но те не могат да заместят цялостната грижа на държавата и да решат натрупаните през годините сериозни проблеми. Това трябва да става с ефективна държавна, в това число и бюджетна политика. Ако тези неща не са заложили във финансовите разчети, в цялостната здравна политика на държавата, и най-ефективната благотворителна акция ще даде скромни резултати.

Така че на нашите и подобни инициативи трябва да се гледа по-скоро като на един стимул за поощряване и подтичане на всички, които имат отговорния държавен ангажимент да решават такива проблеми. И аз с интерес очаквам да чуя идеите и вижданията на отговорните институции и на съсловните организации в тази насока.

### ***Уважаеми госпожи и господа,***

Изброявайки някои недобре решени на този етап въпроси проблеми на здравната реформа, си давам сметка, че те отдавна са известни не само на специалистите, но и се чувстват и споделят и от голяма част от нашата общественост. В почти същия състав сме ги обсъждали неведнъж.

Удовлетворен съм от това, че част от изразените от мен позиции и препоръки намериха сравнително удачно развитие и решение.

Така например, през настоящата и следващата година очаквам да се развие една разумна и планирана политика за използването за здравеопазване на около 350 милиона лева от така наречения преходен остатък на здравната каса, замразен от години на депозит в БНБ. Макар и недостатъчен, този ресурс ще допринесе за подобряване на здравеопазването и за облекчаване на държавата, бизнеса и осигурените лица на този етап.

Може да бъде подкрепен и подходът на сегашното ръководство на министерството и осигурителните институции по редното отлагане на сроковете за разсрочване и изплащане на дължимите здравни вноски да бъде използвано за уведомяване на длъжниците с индивидуален документ за размера, периода и основанието за натрупания дълг с предписание за доброволно изплащане на сумата.

По този начин се постига това, за което и аз самият настоявах повече от две години - да се защитят конституционните здравно осигурителни права на гражданите, като им се предостави възможност предварително, а не когато отидат при лекаря или в болницата, да уредят или обжалват задължението си.

Разбира се, продължавам да смятам, че решенията в здравно осигурителната система трябва да се търсят в добре обмислени цялостни промени на сега съществуващото законодателство и утвърдена практика, а не в палиативни промени и решения като отлагане, опрощаване и т.н.

Необходимо е да се създадат условия за реална конкуренция на осигурителния пазар и развитието на допълнителното здравно осигуряване, с което убеден съм ще се повиши рязко качеството на медицинското обслужване.

Час по-скоро трябва да започне истинско калкулиране на размера на осигурителната вноска, остойносттаване на предлагания пакет медицински услуги и прогнозиране на размера на очакваните рискове и разходи в здравното осигуряване. Защото сега не е ясно какво точно се разбира под здравно осигурителна система и какви принципи се отстояват и провеждат.

Необходима е същностна промяна в рамковото договаряне, финансирането, организацията и управлението на здравноосигурителната система, участието на пациентите в ръководните органи на здравната каса и много други.

Също преди година убедено подчертах, че в не малка част от нашите болници се генерират много проблеми и се

насърчава развитието на така наречения черен пазар на медицинските услуги.

Затова категорично считам, че подобряването и оптимизирането на болничното здравеопазване няма алтернатива.

В този смисъл заслужава подкрепа започналият неотдавна болезнен процес за промени в начина на управление и финансиране на болниците, за изразената готовност за предстояща оптимизация и реструктуриране на болничната мрежа. И съм убеден, че министър Гайдарски и директорът на здравната каса д-р Букарев подробно ще ни запознаят с конкретните идеи и стратегически виждания в тази сфера. Много се надявам, дами и господа, че проблемите ще бъдат изчислени и в дебати, и в конкретните действия, и всяко обосновано решение ще се вписва в една цялостно нова стратегия за развитието на здравеопазването.

Ще се опитам да формулирам към финала на моето изказване още няколко теми.

Българското общество винаги се е гордяло с професионализма и морала на своите лекари и не бива в никакъв случай днес да ги поставяме на такива тежки изпитания, които накърняват доверието на хората в тях. И поради това смятам за изключително удачна и своевременна реакцията на Българския лекарски съюз по този важен за съсловието проблем, изразена по повод последните дебати.

Присъединявам се и към мнението, че не бива качествата на мениджъра да се обвързват по някакъв начин с качествата на специалиста, на лекаря. Аз самият съм намирал начини да изразя своят респект към качествата на някои от водещите специалисти. Когато се вземат решения за управленията на едно или друго здравно заведение обаче, критерият за доброто качество трябва да бъде изведен на преден план, но със съответното допълнително изискване.

Бих искал да поставя и въпроси, които смятам, че трябва да бъдат ключови в днешната дискусия. Въпроси, които трябва да получат отговор, ако днес, то поне в скоро време.



Защо в болниците още не е започнало раздържавяването? Защо не е извършена необходимата структурна реформа? Защо все още липсва интегрирана информационна система? Защо е възприета порочна система за провеждане на търговете за лекарства и медикаменти? Защо някои болнични звена винаги имат достъп до бюджетен ресурс? Това са все въпроси, които могат да бъдат адресирани назад във времето към различни екипи, но пак казвам, не това е целта. Целта е да намерим къде са реалните, действащите, работещите решения.

Не можем да си затваряме очите, дами и господа, пред това, че всяка година нарастват разходите за лекарства от държавния бюджет. Това, заедно с напрежението, което се получава в различните професионални среди, според мен налага и решителна промяна в лекарствената политика. Обществеността отдавна очаква да се създаде нова форма в системата за провеждане на търгове, в организацията на лекарствената политика.

Смятам за необходимо да се въведат още по-строги санкции за нарушенията в снабдяването с лекарства. Необходимо е възможно по-скоро да получим резултати по образувателните преди месец проверки по този проблем на прокуратурата и сметната палата. Доколкото си спомням, прокуратурата започна проверки след един мой призив и очаквам да видя видими резултати от тези проверки.

### ***Уважаеми госпожи и господа,***

Многобройни и трудно изброими са парещите проблеми и съществуващите парадокси в нашата здравна система. Вярвам, че и днес, а и след време ще има професионален прочит и анализ и на тази база - извършване на необходимите промени.

Радвам се, че има толкова много народни представители на днешната конференция. Вярвам, че те ще участват активно в дебата. Струва ми се, че някои от законодателните решения закъсняват. Не бих искал да влизам в детайли, но

лично аз смятам, че в най-скоро време трябва да се преосмисли законодателната постановка във връзка с трансплантацията на органи. Една тема, която е дебатирана доколкото знам тук, на тази маса, по друг повод. Струва ми се, че сегашната постановка така и не проработи. Не знам дали съм прав в своята позиция. Нека специалистите да кажат, могат да имат друго решение. Но сегашното очевидно не работи.

### ***Уважаеми госпожи и господа,***

Считам, че проблемите на живота и здравето изискват постоянен диалог и обществено съгласие и изключват конфронтацията и политизирането. А когато има различия в мнението, те да не се свързват с партийно-политическата принадлежност. Всеки има право на мнение, стига то да е достатъчно обосновано. Нека да се търси професионалната и гражданската аргументация, нека по-малко да политизираме тази сфера. Защото една от големите причини за състоянието, в което се намираме, е в това, че години наред системата беше политизирана.

Ето защо бих подкрепил и насърчил подготовката и приемането с обществен консенсус на качествено нови здравни стратегии и законодателство, на базата на което да подобрим общественото здраве, да преодолеем демографския срив и достойно да се присъединим към европейския духовен проект.

Благодаря за вниманието.

## **Проблеми на реформата и системата на здравеопазването**

Проф. д-р Радослав Гайдарски, дмн  
министър на здравеопазването

*Уважаеми господин президент,  
Драги колеги, журналисти и гости,*

Здравеопазването е сферата, която естествено предизвиква най-големия обществен интерес. Тя засяга всички български граждани и фокусира интереса им да получат достъпно, навременно и качествено медицинско обслужване. Налице са високи обществени очаквания за бързи и положителни промени чрез политиката, която екипът на Министерството на здравеопазването ще провежда.

Приоритетна цел на настоящето Правителство в областта на здравеопазването е подобряване достъпа на българските граждани до квалифицирана лекарска помощ, като и повишаване качеството на медицинските услуги.

През първите 100 дни от мандата беше направен обстоен анализ на ситуацията в здравната система, на проблемите и възможните механизми за промени в нея. Екипът на Министерството на здравеопазването наследи редица нерешени въпроси. Те са и главната причина за нарастване недоволството на хората от качеството на здравните услуги, допуснати лекарски грешки и прояви на корупция, особено - при нудата да се плащат „дарения”.

Напрежението в обществото предполага не „реформа на реформата”, а предприемане на бързи мерки за оптимизиране на цялата здравна система. Крайната цел на предложените промени е да се преодолеят неблагоприятните тенденции в здравното състояние на нацията. За целта е необходи-

мо да участват всички заинтересовани страни и да се постигне значим обществен дебат.

При започване мандата МЗ посочи много от нерешените проблеми, определени като резултат от неправилния избор на модела на здравната реформа. При този модел се разкъса връзката между различните звена в здравната система, особено между доболничната и болничната помощ. Спешната помощ се превърна в буфер между двете, като пое много неспецифични дейности. С досегашната реформа бе усложнен достъпът на хората до специалисти. По-голяма част от общопрактикуващите лекари не работят резултатно, а други направо са абдикирали от задълженията си. Към много от болниците са изградени полулегални ДКЦ и немалко от специалистите работят и на двете места. Това създава условия за оцеляване на НЗОК.

Звената на различните нива в системата и до сега не си взаимодействат добре, не е завършена структурната реформа и здравната система е недофинансирана.

В приетата от правителството програма са определени направленията, в които ще се осъществява политиката в здравеопазването. Основните моменти в нея са промени във финансирането; борба с корупцията; акцент върху профилактиката; превръщане в приоритет на майчиното и детско здравеопазване за всички институции у нас; широко обществено обсъждане на предстоящите промени.

Въпреки усилията на МЗ, не бе постигнато по-значително увеличаване на средствата за здравеопазване, заделяни от brutния вътрешен продукт. През 2006 г. разходите за здравеопазване нарастнаха с 220 млн. лв., или с 12,3%, което е недостатъчно за провеждане на заплануваните сериозни реформи. Но дори и с този ресурс МЗ има готовност да започне реално реструктуриране на системата. Очаква се това да доведе до финансовата ѝ стабилизация, а оттам - и до по-висока ефективност и качество на услугите.

В областта на лекарствената политика се отчита непрекъснатото увеличаване на разходите за медикаменти, кое-

то не задоволява реално потребностите на болните. Приоритет в работата на МЗ е провеждането на рационална лекарствена политика и прозрачност на търговете. Трябва да се прекрати порочната практика болниците да закупуват лекарства на цени по-високи от тези, с които медикаментите се продават в аптеките.

В областта на болничната помощ реформата започна по-късно и поради това в нея са налице редица недостатъци: финансиране на неефективни структури; липса на интегриране на медицинските услуги между различните лечебни заведения; неефективно управление; слабо мониториране и оценка на качеството на медицинските услуги. След направения анализ на състоянието на болниците и извършените проверки се състоя една от най-оживените обществени дискусии за здравеопазването през последните години. Стана видно, че обществото има нагласата за положителни промени в здравеопазването.

Първата крачка на МЗ в тази насока са предприетите радикални мерки за подобряване на управлението, финансовото състояние и дейността на болниците, ефективното разходване на публичните средства, затваряне на възможностите за „изтичане” на обществени средства през болниците, предоставяне на повече и по-качествени услуги. От началото на 2006 г. болничната помощ ще се финансира изцяло от НЗОК. В тази връзка се подобрява координацията и отговорностите на финансиращите институции.

С оглед по-добро отчитане и удовлетворяване на реалните здравни потребности на населението, за осигуряване на резултатно лечение и разходване на обществените средства, на широко обсъждане се постави Програма за реструктуриране и оптимизиране на болничната помощ. Целта е да се приеме цялостната уредба, необходима за реализацията на програмата.

Предвижда се актуализация на Националната здравна карта с оглед пълноценното ѝ използване като инструмент за оптимизиране на болничната система. В момента у нас по-

вечето болници са регистрирани за активно лечение. Специализираните здравни заведения за долекуване и продължително лечение са 17, но те са разпределени неравномерно в страната. Същото се отнася и за хосписите, които са 53 на брой, но повечето са без легла. Очевидна е необходимостта от преобразуване на неефективните болнични структури и запазване на резултатно работещите. Налага се активно сътрудничество с Министерството на труда и социалната политика за развитие на системата за оказване на палиативни грижи (активно действащи хосписи).

От началото на 2006 г. спешните отделения ще преминат в структурата на съответните болници. Центровете за спешна помощ ще осъществяват логистиката, което е начин за подобряване на координацията и връзката между различните звена в здравната система. Очаква се и подобряване на обслужването на пациентите.

За улесняване на достъпа ще се продължи субсидирането на общинските болници в отдалечените райони, ще се въведат мобилни форми на медицинска помощ. Много важно е да се гарантира облекчен достъп до специалист за деца и бременни.

В областта на законодателството се предвиждат промени в Закона за здравето осигуряване. Контролът върху дейността на изпълнителите на медицинска помощ също трябва да има по-точна законова регламентация.

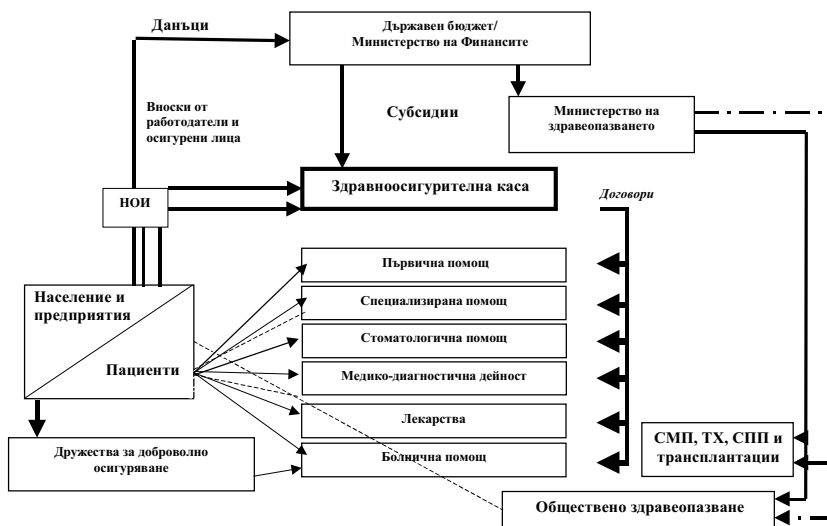
Не е справедливо да се толерират некоректни платци, които имат достатъчно финансови възможности, за сметка на коректните здравноосигурени граждани. Създаването на фонд за бедните българи е начин да се ограничи хронифицирането на социално-значими заболявания и да се подобри здравния статус на нацията.

Реализирането на всички тези дейности би било най-ефективно при наличието на широка обществена и политическа подкрепа. Проблемите на живота и здравето изискват постоянен диалог и обществено съгласие, изключват конфронтацията и политизирането.

# Усъвършенстване на механизмите за финансиране на здравната дейност у нас<sup>1</sup>

Д-р Иван Букарев  
директор на Националната  
здравноосигурителна каса

## Финансови потоци



## Проблеми на финансирането

- > Повишаване на здравните потребности и разходите произтичащи от негативните тенденции в демографския и здравен статус на населението;
- > Необходимост от повишаване ефективността на разходване на финансовите средства;
- > Необходимост от финализиране на реструктурирането на ЛЗБП;

<sup>1</sup> Материалът е представен под формата на “пауър пойнт” презентация

- > Изграждане на цялостна информационна система за нуждите на здравната система.

### ***Механизми за финансиране на здравната дейност***

- > Бюджет (финансова рамка);
  - дейност
  - линеен
- > Извършена дейност (амбулаторен случай, диспансерен случай, преминал болен, диагноза, клинични пътеки, диагностично-свързани групи);
  - ретроспективно заплащане
  - проспективно заплащане
- > Комбинация от изброените.

### ***Методи за заплащане на индивидуалните изпълнители на медицинска помощ***

- > Заплати;
- > На основата на капитация;
- > За извършена дейност;
- > Комбинация от изброените.

### ***Усъвършенстване на механизмите за финансиране***

ЦЕЛ: Повишаване на ефективността на изразходваните средства.

### ***Усъвършенстване на моделите на финансиране на ИМП***

- > Оптимизиране съотношението капитация/дейност
- > Диференциация по специалности;
- > Амбулаторни ДСГ;
- > Регулация.



## ***Усъвършенстване на моделите на финансиране на БМП***

- > Въвеждане на финансова рамка
  - вид и брой КП;
  - разпределение на средствата по тримесечие;
  - наличие на “рисков коридор”;
  - възможност за вътрешно-компенсирани промени на финансовата рамка;
  - запазване на финансовите параметри в размер не по-малък от предходната година при заплащане за извършена дейност.

## ***Усъвършенстване на моделите на финансиране на БМП***

1. Един източник – НЗОК
  - Цена на случай /диагноза/ по МЗ – 457 лв.;
  - Цена на КП по НЗОК – 580 лв.;
  - Средна цена 2005 година – 525 лв.;
  - Преместване за 2006 година – 550 лв.
2. Уеднаквяване на критериите за диагностика и лечение на заболяванията;
3. Оптимизиране на механизмите за извършването на контролна дейност;
4. Елиминиране на възможностите за изкривяване на здравно-статистическата информация в областта на БМП.

## ***Перспективи***

- > Промяна на законовата база в съответствие изискванията на международните и европейски стандарти;
- > Свободно движение на хора, европейска здравна карта;
- > Ефективно и ефикасно съгласуване на пакетите от услуги между доброволното и задължителното покритие, регулиране и надзор, защита на потребителите;
- > Електронно здравеопазване.

# Лекарствена политика - реалности и перспективи<sup>1</sup>

Д-р Емил Райнов  
заместник министър на здравеопазването

## ***Цел на лекарствената политика***

Целта на ЛП е да осигури непрекъснато подобряване на достъпа на качествени, безопасни и ефикасни лекарства за задоволяване на нарастващите здравни потребности на населението, съобразно преобладаващите заболявания и здравните приоритети в страната

*Фармацевтичният сектор като част от националната здравна система е една от най-динамично изменящите се нейни сфери.*

*В него са концентрирани отговорностите и очакванията на широк кръг от участници, чиито преки интереси са многопосочни.*

## **Главните участници във фармацевтичния сектор са:**

- Изпълнителната власт;
- Фармацевтичните производители – български и чуждестранни;
- Търговците на едро и дребно с лекарствени продукти;
- Здравно-осигурителните фондове;
- Професионално-съсловните организации, асоциации и сдружения;
- Различни обществени структури и организации.

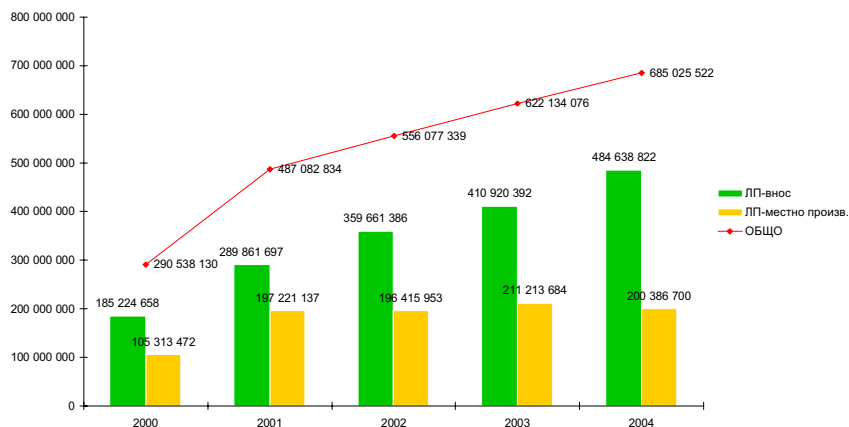
Пресечна точка на сложните взаимоотношения между участниците във фармацевтичния пазар естествено е Пациента, като краен потребител на лекарства.

---

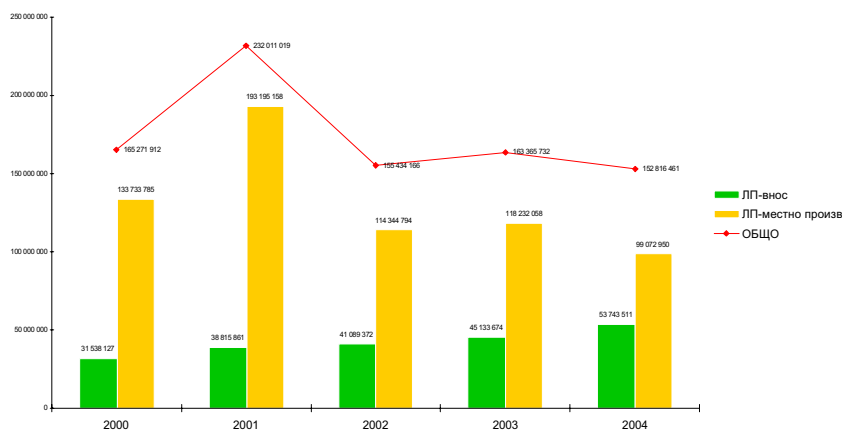
<sup>1</sup> Материалът е представен под формата на “пауър пойнт” презентация

## Лекарствена използваемост

Маркетинг, разпределение, прескрипция и използване на лекарствата в обществото със специално ударение върху произтичащите медицински, социални и икономически последиствия от тяхната употреба.

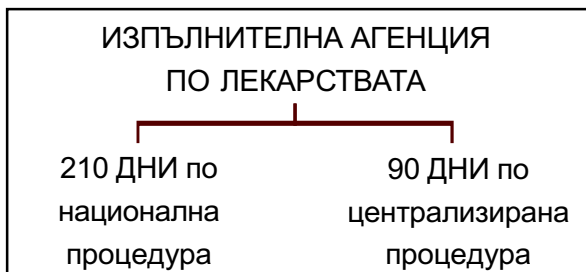


Количествени показатели - потребление на лекарствени продукти по стойност в лева

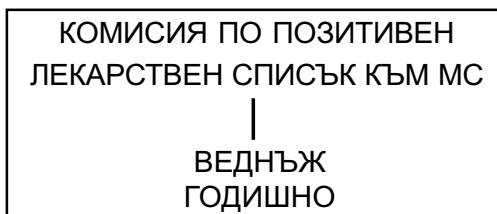
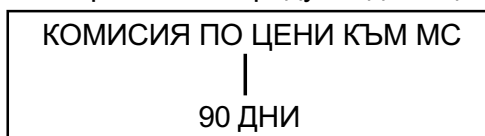


Количествени показатели - потребление на лекарствени продукти в брой опаковки

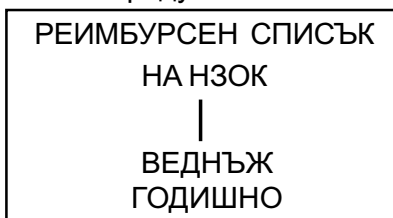
## **Какъв е пътят на лекарствените продукти до пациентите?**



Път на лекарствените продукти до пациентите



Път на лекарствените продукти за лечение до пациентите



### **Път на лекарствените продукти до пациентите**

- Сега действащата нормативна уредба обуславя бавен административен ред за достъпа на нови иновативни и генерични лекарства от внос и българско производство на българския пазар

- Времето за достъп до пазара варира от 1 година до 3 години

### **Какво направи МЗ?**

- Актуализира състава на Комисия по цени.
- Възстанови дейността на Комисия по прозрачност
- Подготви нова Наредба за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън ЗЗО
- Работна група подготвя нов Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина

Нови моменти в Наредбата за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън ЗЗО.

- Въведени са ясни критерии и правила за включване на заболявания и лекарства за тяхното лечение – извън обхвата на ЗЗО
- Въведен е нов ред за заявяването, разпределянето, отчитането и заплащането на лекарствата за лечението на съответните заболявания
- Засилен е контролът по отчитането на разходването на тези продукти

### **Какво е необходимо да се направи ?**

На първо място - привеждане на системата за ценообразуване и реимбурсиране в съответствие с изискванията на Директива 89/105/ЕЕС.

- Въвеждане на нормативна база за постепенно преминаване от индиректен (разделени ценова и реимбурсна политика) към директен ценови контрол (единна ценова и реимбурсна политика)
- Обединяване на всички административни процедури в единен Позитивно-реимбурсен списък
- Сравнителен анализ на цените на иновативни и генерични лекарства от внос и българско производство в нашата страна и избрани страни от Европейския съюз

- Разработване на ръководство за фармако-икономически анализ на лекарствените продукти
- Развиване и усъвършенстване на принципите и методиката за изработване на Позитивен лекарствен списък
- Повишаване на административния и научен капацитет, включително и чрез привличане на външни експерти и консултанти за извършване на дейностите по съставяне на лекарствения списък
- Ежегодно обнародване на Позитивния лекарствен списък /ПЛС/
- Промени в нормативната база създаваща ПЛС в следните направления:
  1. ПЛС да бъде валиден за всички държавни здравни и лечебни заведения
  2. Да се изработва по АТС, INN, лекарствена форма, референтна цена по ДДД
- ПЛС да се изработва в четири части:
  - част първа – лекарства за домашно лечение заплащани от НЗОК
  - част втора – лекарства за болнична помощ, в т.ч. обособяване на:
  - част трета – лечение на онкологични заболявания
  - част четвърта – редки заболявания, СПИН и инфекциозни заболявания
- Създаване на адекватни процедури за т.н. “Едно гише” – например всички заявления да се подават в ИАЛ едновременно със заявлението за разрешаване за употреба
- Достъп на регулаторните органи до информация от международни източници относно качество, безопасност и ефективност на лекарствата
- Развиване на информационни взаимовръзки между МЗ, ИАЛ, НЗОК, както и собствени информационни системи в съответствие с нормативно регламентираните дейности

- Система за публичност на данните в съответствие с нормативните изисквания
- Превръщане на Комисията по прозрачност в действително функциониращ орган съгласно Директива 89/105/ЕЕС
- Концепцията за единна ценова и реимбурсна политика трябва да намери своето място в ЗЛАХМ и ЗЗО
- Професионално усъвършенстване на регулаторните административни кадри съгласно Европейските изисквания в областта на производството, разпространението и доставянето на лекарства
- Организиране на система от образователни програми за обучение и усъвършенстване на специалисти в сферата на икономическите аспекти на лекарствената политика
- Мониториране на лекарственото предписване и употреба
- Изработване на терапевтични ръководства за рационална употреба на лекарствата и организиране на обучение по рационално лекарствено предписване
- Въвеждане на съвременни системи за независима лекарствена информация

Целта е да се повиши ефективността при използване на средствата за скъпоструващи лекарства и в рамките на бюджета да се лекуват по-голям брой болни, при спазване на изискванията на съвременните терапевтични схеми.

## **Медицинското образование - условие за високо качество на здравната дейност**

Проф. д-р Владимир Овчаров, дмн  
ректор на Медицински университет - София

Медицински университет – София заема важно място в българската образователна система. Високото качество на преподаването, постиженията в изследователската и лечебната работа и публичните дейности са интегрирани в общата цел това висше училище да бъде новаторски и реагиращ на нуждите обществен ресурс. МУ – София е устремен към регионално лидерство чрез прогресиращо качество на учебния процес в среда на международно признати изследователски резултати. Университетът подготвя студентите си за работа в силно конкурентна среда, в която качеството е решаващ фактор за успех. В същото време действа стремеж за развиване у студентите на толерантност, умение да работят в колектив, отговорност, автономност, способност свободно да преценяват и вземат решения. По този начин МУ – София се стреми да отговаря на нарастващите обществени нужди. В своята структура МУ – София включва четири факултета, три колежа и един департамент. В тези основни звена се обучават студенти, специализанти и докторанти в областта на здравеопазването и професионалните направления: медицина, стоматология, фармация и обществено здраве. Департаментът по езиково обучение и студентски спорт осигурява и подготвителната учебна година за чуждестранни студенти.

В дългосрочен стратегически план, чрез устойчиво функциониране на всички основни звена и административни структури, ефикасна система за управление и контрол на качеството МУ – София се превръща в действително пълноправен член на семейството на Европейските висши училища, с произтичащите от това задължения и предимства. Прилага-



нето на така очертаната стратегия се реализира чрез действията на всички ръководни органи на МУ – София, при помощта на администрацията и широк кръг ръководители на основните и помощни звена и експерти. Ръководството на университета се стреми към възможно най-голяма прозрачност на процесите, които още бъдат обект на редовни прегледи от вътрешни и външни експертни групи.

Влиянието на МУ – София в национален мащаб е значително и безспорно. Университетът е основен източник на млади, добре подготвени кадри в областта на медицината, стоматологията, фармацията и общественото здраве. В международен мащаб – авторитетът и качеството на работа са признати по света и академичният състав е свързан с международни научни мрежи. Университетът има нарастващ брой партньори в Европа и други развити страни.

**МИСИЯТА** на университета е да задоволява адекватно държавните и обществени потребности от медицински и управленски кадри в здравеопазването и социалната сфера, в съответствие с националната стратегия и доктрина за развитие на образованието и здравеопазването и международните стандарти, като запазва и усъвършенства академичната и професионална автономия.

Медицинският университет – София изпълнява своите цели при съчетаване на академична самостоятелност, отговорността си пред обществото и осъществяваната от държавата единна политика за Европейска интеграция на висшето образование, науката и здравеопазването в тясно сътрудничество с Министерството на образованието и науката, Министерството на здравеопазването, Българската академия на науките, други висши училища, специализирани учебни заведения в страната и чужбина, стопански организации, съюзи и др.

Усилията на ръководството на МУ – София, и целия академичен състав, насочени към непрекъснато повишаване качеството на учебния процес, намират отражение в периодично обновяване и усъвършенстване на учебната документа-

ция в съответствие с развитието на науката и практиката, на обществените потребности и мнението на студенти и работодатели. В университета съществува система за обратна връзка със студентите под формата на допитване в началото, по време и в края на обучението, като се използват различни методи за проучване на тяхното мнение.

Резултатите от проведените анкети показват категоричното отношение на студентите с акцент върху практическата подготовка и възможности за индивидуална работа.

Другият коректив в процеса на усъвършенстване на учебния процес е оценката на работодателите. Тяхното мнение се изучава чрез анкети и интервюта.

Обществената оценка на кадрите, завършили Медицинския университет – София, е висока. Завършилите работят в здравната мрежа в страната, във водещи медицински институции в чужбина. Възпитаници на МУ – София печелят грантове от различни европейски и американски висши училища.

Висококвалифицираните специалисти на Медицински и Стоматологичен факултети са търсени като национални консултанти и лечители, членове на наши и чуждестранни академии, специализирани научни съвети.

Новозавършилите фармацевтични кадри са предпочитани за работа в откритите аптеки, като фармацевтични представители в наши и чужди фармацевтични фирми, научни институти и лаборатории.

В последните години тенденцията за повишено търсене на специалисти, завършили медицинските колежи в София, Враца и Благоевград за работа в чужбина (Италия, Великобритания) е добър атестат за професионалната им квалификация. Реализацията на дипломираните в университетски и други болници на територията на София е от високо качество.

Косвени данни за адекватността на учебната документация и учебния процес към изискванията на модерното европейско образование е осъществяваната студентска мобил-

ност и приема на наши студенти за продължаване на обучението в европейски висши училища и високата оценка, която те получават.

### ***Следдипломно обучение на висшите медицински специалисти в системата на здравеопазването***

Следдипломното обучение на лекарите, стоматолозите и други висши медицински специалисти се провежда по ред и условия, определени с Наредба № 31 за следдипломно обучение на Министъра на здравеопазването. С тази Наредба са определени лечебните и здравните заведения, в които се провежда следдипломното обучение.

Следдипломното обучение включва специализация и продължителна квалификация на специалистите с висше образование в системата на здравеопазването.

Специализацията е овладяване на основна или профилна специалност от номенклатурата на специалностите в системата на здравеопазването по учебни програми за определен срок и приключва с полагање на изпит пред държавна изпитна комисия.

Продължителната квалификация е непрекъснато обучение след придобиването на правото за упражняване на професия под формата на курсове, индивидуално обучение, програми за професионална квалификация за придобиване на определена правоспособност, конгреси, семинари и др.

Висшите медицински училища от страната организират, регистрират, провеждат и контролират следдипломното обучение на специалистите с висше образование, които са зачислили.

Изпълнението на учебните програми за специализация се провежда в акредитирани лечебни и здравни заведения – бази за следдипломно обучение.

Специализацията се състои в усвояване на теоретични знания и практически умения.

Зачисляването на специализация става на места, определени със заповед на Министъра на здравеопазването, след успешно класиране в конкурс.

### **Форми на обучение за придобиване на специалност:**

1. Клинична ординатура, при която лицето специализира в лечебно заведение като получава трудово възнаграждение след сключен срочен трудов договор с Ректора на съответното висше училище за срока на специализацията. След изпълнение на учебната програма за специализация, лекарят прекратява трудово-правните си отношения и се допуска до държавен изпит за специалност.

Това е една от най-добрите форми за следдипломно обучение. Медицинският университет София разполага със 76 места за клинична ординатура, които се заемат от кандидати за специализация за съответни специалности след успешно положен конкурсен изпит.

Ръководството на Университета многократно е провеждало разговори с Министерство на здравеопазването, Министерство на финансите и Български лекарски съюз за отпускане на финансови средства за увеличаване броя на местата за клинична ординатура.

2. Специализация за лица, които работят по трудов договор в лечебни и здравни заведения.

При тази форма на специализация, лекарите са на постоянен трудов договор с изпълнителните директори или управителите на лечебните заведения. От работното си място изпълняват учебната програма по съответна специалност.

3. Специализация на лица, които не работят в лечебни или здравни заведения.

Това е платената форма на обучение, която дава възможност след успешно класиране в конкурс за зачисляване на специализация. Лекарите провеждат обучение като заплащат такса на лечебното заведение, в което специа-

лизират, за срока на специализацията (3, 4, 5 години) в зависимост от специалността.

Размерът на таксата за обучение се определя със заповед на изпълнителния директор на лечебното заведение, утвърдена от Министъра на здравеопазването за база за специализация.

Специализиращите лекари след като изпълнят учебните програми се допускат до държавен изпит за специалност от отделите за следдипломно обучение на висшите медицински училища. На успешно положилите изпита се издава свидетелство за призната специалност от съответното висше училище, където обучаващият се е зачислен на специализация.

Дейността на Медицинския университет – София е насочена към покриване на новите изисквания и стандарти, отговарящи на тези на Европейския съюз, повишаване качеството на учебната работа, задълбочаване и разширяване на научната дейност, развитие на кадровия потенциал, продължаване на вече установените и създаване на нови международни връзки на университета.

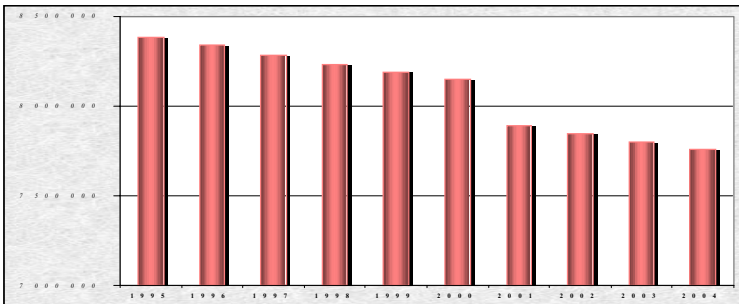
# Здравен статус на населението в Република България и необходимост от профилактична дейност

Проф. д-р Любомир Иванов, дмн  
директор на Националния център по  
опазване на общественото здраве

## 1. Демографски процеси

През последното десетилетие демографската криза у нас се характеризира със стабилна депопулация. **Числеността на населението** продължава да намалява (8384,7 хил. през 1995 г. - 7761,0 хил. през 2004 г.)

Изм. НЦЗИ, 2005



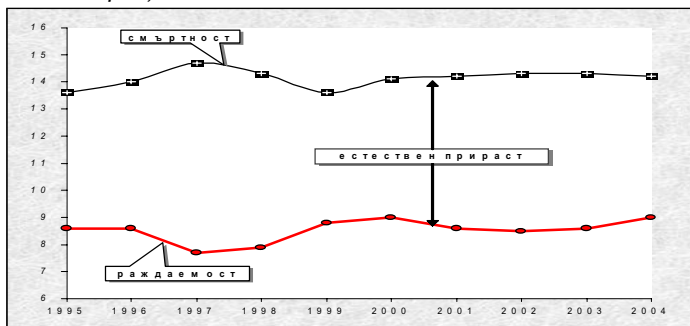
Фиг. 1. Население към 31.12. за периода 1995-2004 г. - брой

Задълбочава се процесът на застаряване на населението, по-изразен е при жените и в селата.

В сравнение с 1995 г. делът на лицата над 65 г. през 2004 г. е 17,2% - през 1995 г. е 15,2%, а на тези до 14 г. е намалял от 17,7% през 1995 г. на 13,8% през 2004 г.

Един от факторите за демографската криза е продължаващата ниска **раждаемост**. За периода 1995-2003 г. тя се задържа почти на едно и също ниво (8,6‰), като през 2004 г. се регистрира леко повишение - 9,0‰.

Изм. НЦЗИ, 2005



Фиг. 2. Раждаемост, смъртност и естествен прираст през 2004 (%)

**Плодовитостта** на жените е ниска и варира в малки граници – от 35,0‰ през 1995 г. до 37,1‰ през 2004 г.

Задържа се формираната от няколко десетилетия тенденция за нарастване на **общата смъртност**, въпреки стабилизирането ѝ през последните години (фиг. 2).

През 2004 г. тя е 14.2‰, значително по-висока от редица европейски страни. Смъртността в селата е почти 2 пъти по-висока от тази в градовете – съответно 19,4‰ и 11,9‰.

Повъзрастовите показатели за смъртност при мъжете са по-високи от тези при жените.

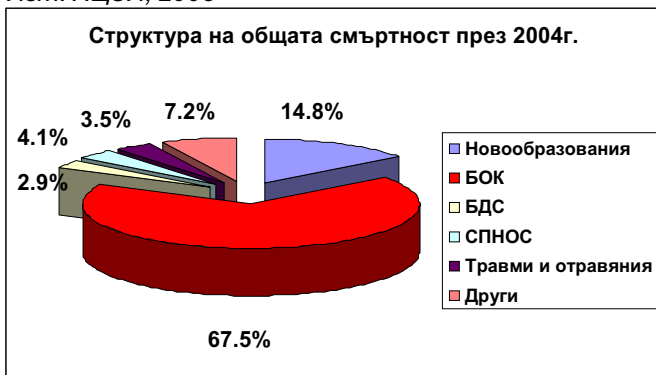
**Естественият прираст** през периода 1993-2004 г. бележи негативна тенденция (от - 2,9‰ намалява на - 5,8‰). През последните две години се наблюдава леко подобряване на показателя (-5,2‰ през 2004 г.) – фиг. 2.

Прогнозата за развитието на общата смъртност до 2020 г. е неблагоприятна.

**В структурата на смъртността по причини** през 2004 г. болестите на органите на кръвообращението (БОК) заемат първо място - 67,5% (фиг. 3).

Мъжете умират по-често (1001,0‰) от жените (915,7‰). Стандартизираният показател на смъртността за страната нараства, за разлика от средния за Европа - фиг. 4.

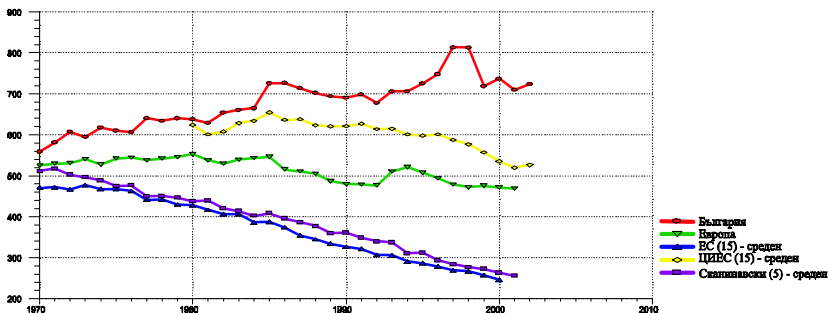
Изт. НЦЗИ, 2005



Фиг. 3.

Изт. WHO, HFA, 2004

Динамика на стандартизираните показатели за смъртност от БОК в България и избрани групи страни в Европа (на 100000)



Фиг. 4.

Водещи нозологични единици са исхемичната болест на сърцето и мозъчният инсулт.

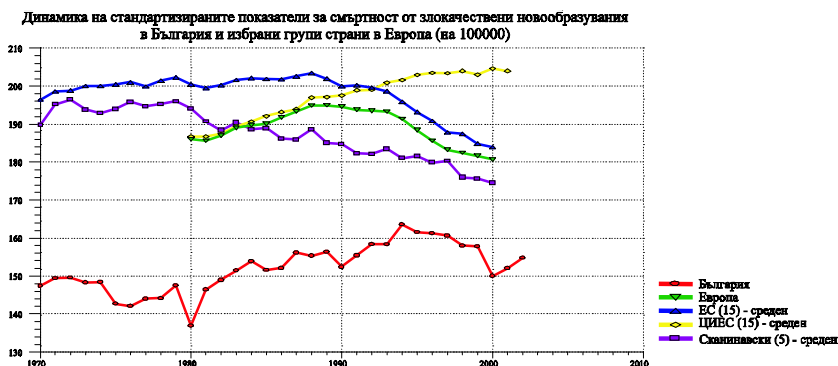
Прогнозата за развитието на смъртността от БОК до 2020 г. е неблагоприятна.

Злокачествените новообразования са на второ място - 14,8%. Стандартизираният показател за смъртност от тях е по-нисък от средния за Европа, но с обратна тенденция – възходяща и за двата пола (фиг. 5).

Прогнозата за развитието на смъртността от злокачествени новообразования до 2020 г. е неблагоприятна.



Изм. WHO, HFA, 2005

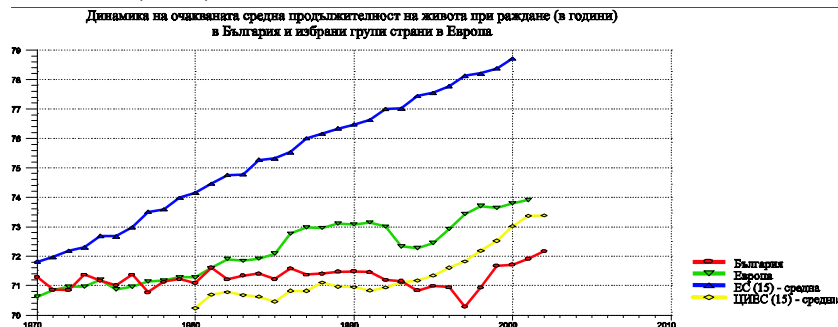


Фиг. 5.

Смъртността от болести на дихателната система намалява от 62,9‰ през 1995 г. на 41,0‰ през 2004 г. Намалява и смъртността от травми и отравяния от 65,8‰ през 1995 г. на 49,9‰ през 2004 г. Водещо място сред младите заемат умирианията при злополуки с моторни превозни средства, а след 35-годишна възраст - самоубийствата.

Неблагоприятната демографска ситуация се отразява на **очакваната средна продължителност на живота**, която е с тенденция към леко увеличаване (фиг. 6). За 2002-2004 г. при мъжете тя е 68.9 г., а при жените - 76,0 г. Тези стойности са с около 6.5 г. по-ниски от нивото в страните на ЕС.

Изм. WHO, HFA, 2005



Фиг. 6.

Струва си да се споменат още два показателя в тази насока по данни на СЗО<sup>1</sup>:

- HALE - очаквана средна продължителност на живота в години в добро здраве през 2000 г. за мъжете е 60.8 г. (60.2 - 62.1), а за жените 65.2 (64.5 - 66.7). В сравнение със страните от ЕС изгубените години живот у нас в добро здраве при мъжете са около 7 г., а при жените около 9.6 г.;
- DFLE - очакван среден брой години живот без затруднения за извършване на основни дейности в ежедневието (дееспособност) - през 2002 г. за мъжете показателят е 62.5 г., а за жените - 66.8 години – стойности около средните за Европа.

## **2. Заболеваемост и инвалидност**

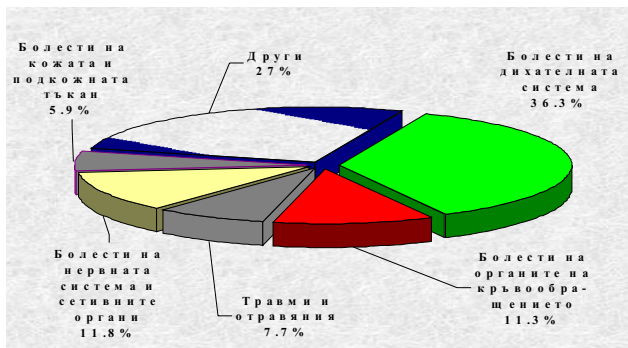
Регистрираната заболеваемост през периода 1995-2004 г. е в границите на 1293,3‰ - 1370.4‰. На 5 класа болести се дължат 72 - 75% от регистрираните случаи на заболявания: дихателната система - 36.3%; нервната система и сетивните органи - 11.8%; органите на кръвообращението - 11.3%; травмите и отравянията - 7.7% и пикочо-половата система - 6,5% (фиг. 7).

### **2.1. Инфекциозни болести**

През 2004 г. общата инфекциозна заболеваемост е 915.9‰. Най-висока е от варицела, инфекциозен ентероколит, вирусен хепатит (всички видове) и скарлатина - съответно 457.7, 202.8, 69.5 и 54.1 на 100 хил. население. Починалите са 152, смъртността е 1.9‰. Леталитетът съставлява 0.21%. В сравнение с 2001-2003 г. е налице тенденция за нарастване на заболеваемостта при инфекциозен ентероколит, коли-ентерит; варицела, коклюш, скарлатина; вирусен хепатит тип А; лаймска болест. България все още е страна с ниско разпространение на ХИВ/СПИН – към октомври 2005 г. общо са регистрирани 586 лица (515 за 2004 г.). Най-засегната е група-

<sup>1</sup> WHO, The World Health Report, 2003

Изт. НЦЗИ, 2004



Фиг. 7. Регистрирани заболявания в ЛЗ през 2004 г. по класове болести

та на 20-29 г. (40%). Основен път на предаване на инфекцията е половият (91%). Сега съществуващата информационната система не дава възможност за изпреварващо откриване на неблагоприятните тенденции развитието на епидемичния процес.

## 2.2. Неинфекциозни болести

Хроничните неинфекциозни заболявания от десетилетията са голям и нерешен социално-медицински проблем. Водещи сред тях са **болестите на органите на кръвообращението**. Регистрираната заболеваемост нараства от 95.7‰ за 1995 г. до 154.9‰ за 2004 г..

Важен проблем е и заболеваемостта от **злокачествени новообразувания**. Данните на Националния регистър за рака (2002 г.) показват нарастване и при двата пола - 383.5‰ за мъжете и 320.5‰ за жените.

Тенденцията на заболеваемостта от злокачествени заболявания в България е еднаква с тази в другите европейски страни и се счита, че ще продължава да нараства.

**Заболяванията на дихателната система** заемат челно място в структурата на регистрираните заболявания – 36.3% през 2004 г. През последното десетилетие интензитетът им постепенно намалява - от 528.0‰ през 1995 г. на 496.8‰ през 2004 г.

### **2.3. Психично здраве**

Психичните разстройства рядко довеждат до бърза смърт, но имат висока социална цена. По предварителни данни от 2005 г. всеки 5-ти българин страда от различни психични разстройства, но само 30% от тях търсят помощта на специалист.

### **2.4. Здраве на децата и жените**

След върха през 1997 г. (17.5%) детската смъртност намаля до 11.6‰ през 2004 г., ниво 2-3 пъти по-високо от това в ЕС. Основни причини за смърт са болестите на дихателната система, болестите на органите на кръвообращението и симптомите, признаците и недобре определените състояния.

Неонаталната смъртност (до 7 ден) е 6.8‰ (1997 г. е 8.9‰).

Вероятността за умирање на децата под 5 г. е 14.4‰, което е над 2 пъти по-високо от тази за ЕС.

При подрастващите нараства броят на лицата с хипертония, затлъстяване, гръбначни изкривявания, рефрактерни аномалии и др.; снижава се възрастта на започване на полов живот; висока е честота на нежеланата бременност. Реформата се отрази негативно на проблемите на детското здравеопазване: силно е затруднен достъпът до специализирана извънболнична педиатрична помощ, недостатъчна е профилактичната дейност, в т.ч. диспансеризацията, ликвидирано бе училищното здравеопазване.

Здравето на **жените** бе засегнато сериозно от икономическите и социалните последици на прехода. В резултат на предприетите мерки, абортите намаляха, но здравната, сексуална култура е ниска. През 2004 г. майчината смъртност (10.0‰<sub>000</sub>) е близо 2 пъти по-висока от тази в ЕС. Нарушено е

ранното обхващане на бременните, помощта при раждане за определени групи жени е недостатъчно квалифицирана, недостатъчни са профилактични мерки за предотвратяване усложненията по време на раждане, особено в районите с ограничен достъп до здравни услуги и др.

## **2.5. Инвалидност**

През 2004 г. лицата, признати за инвалиди, са 133,251 (т.е. 4,2 пъти повече от 1995 г.) или 20.2‰ от населението над 16 г. Това непрекъснато нарастване е обусловено преди всичко от промените в законодателството, свързани с условията и статута на признатите за инвалиди лица. Броят на новорегистрираните случаи с инвалидизация/увреждания у нас е близо 2 пъти по-висок от средния за Европа (съответно 955‰ срещу 553‰ за 2001 г.).

## **3. Социални детерминанти на здравето**

Социално-икономически фактори имат съществено значение за здравето. Един от тях е **бедността**, водещи причини за която са: липса на работа, липса на сигурен източник на доход, ниско образование, голямо домакинство, принадлежност към ромската етническа група. Тя оказва многопосочно въздействие върху здравето, като засилва индивидуалните и екологични рискове и поставя в неравностойно положение определени групи от населението. **Безработицата** е един от най-важните фактори, пораждащи бедност. Нивото на бедност през 2001 г. сред безработните е 32.5% докато сред заетите е 6.6%. В резултат на взетите мерки към октомври 2005 г. безработицата намаля до 10.4%, но остава значително над тази в ЕС. **Образованието** е ключово средство за борба с бедността и социалната изолация. Равнището на бедност сред лицата с основно и по-ниско образование е 2.4 пъти по-високо в сравнение с тези със средно. Въпреки, че образователната система в България е институционално добре интегрирана, все още (2002 г.) 8.9% от потенциалните ученици не завършват начално образование, а 16% от децата - основно образование. Качеството на **жилищната среда** влияе върху

здравния статус на населението. Решаването на проблема “жилище и здраве” е възможно само по пътя на обща социално-икономическа и здравно-профилактична реформа, обвързваща икономическите, инженерните и здравните аспекти.

#### **4. Начин на живот**

##### **4.1. Нездравословно хранене**

Социално-икономическите промени повлияха на консумацията на основните хранителни продукти. Хранителният модел на населението е нездравословен: висока е консумацията на мазнини; недостатъчен е приемът на пресни плодове и зеленчуци през зимата и пролетта; ниска е консумацията на мляко и млечни продукти; по-ниска от препоръчителната е тази на рибата (повече от два пъти), а по-висока - на солта (над 3 пъти). 40-60% от населението приемат по-малко от 2/3 от дневните потребности за голяма част от витамините и минералите с храната.

Домакинствата с ниски доходи консумират 3 пъти по-малко месо, мляко, плодове и зеленчуци от тези с високи.

Едва 30% от новородените се кърмят до 6-тия месец.

Нездравословното хранене води до свръхтегло и затлъстяване - по данни от 2004 г. за населението на възраст 19-60 г. със свръхтегло са 41% от мъжете и 34% от жените, а със затлъстяване съответно 22% и 16.6%. Съществуващите проблеми в храненето рефлектират и до по-голяма честота на поднормено тегло при някои групи от населението.

В неотдавна приетия Национален план за действие до 2010 г. освен задълженията на здравната система, са включени и ангажиментите на имащите отношение към проблема други сектори, работодателите, неправителствените организации и други партньори.

##### **4.2. Тютюнопушене**

Консумацията на тютюневи изделия в страната продължава да се увеличава. България е на водещо място сред 35 страни в Европа по броя на изпушени годишно цигари от ед-

но лице – 2792 (СЗО, 2000). Само за периода 1996-2001 г. делът на пушачите над 14 г. е нараснал от 35.6% на 40.5% и то изключително за сметка на редовните пушачи (НСИ, 2001). Пушещите жени са се увеличили почти двукратно – от 16.3% през 1986 г. на 29.8% през 2001 г. Редовно пушат 9% от децата на 13 г., 10.5% от тези на 14 г., 20.7% от 15-годишните и 32.6% от 16-годишните. На пасивно пушене са изложени 68.5% от децата (НЦООЗ, 2002). Лош е примерът на големият брой пушеци сред такива общественнозначими професии като лекарите и учителите. Обществото недооценява вредата от тютюнопушенето и продължава да е толерантно към пушачите. Правилата за непушене на закритите обществени места не се съблюдава в достатъчна степен.

#### **4.3. Злоупотреба с алкохол**

Консумацията на алкохол в страната е широко разпространена. Докато сред мъжете делът на употребяващите алкохол над 14 г. през периода 1996-2001 г. е стабилно висок (81.4%), то същият нараства двукратно при жените - от 33.6% до 67.8% и малко по-слабо при младежите на възраст 15-24 г. - от 52.0% до 70.1% (НСИ, 2001). По експертни оценки, лицата с проблемна употреба на алкохол достигат 280-300 хиляди души. Разширява се кръгът на консумиращите алкохол сред подрастващите, като възрастта на начална употреба се снижава на около 12.5 г. По данни от 2003 г. между 15 и 25 хиляди ученици от 9 до 12 клас попадат в категорията на рисковото пиене.

Ограничаването на употребата на алкохол е затруднено поради неспазването на нормативната уредба за продажбата на спиртни напитки (особено на непълнолетни), а също и широката и агресивна реклама.

#### **4.4. Ниска физическа активност**

Ниската физическа активност на населението, която през 80-те години на миналия век вече бе широко разпространена у нас, продължава да расте. Делът на лицата с високо и средно физическо натоварване намалява от 64.4% през 1996 на 59.9% през 2001 г. Особено изразен е този спад сред

младежите на възраст 15-24 г. (с 9.1%) и сред децата на 7-14 г. (с 5.4%). По данни от профилактични програми (СИНДИ) над 60% от населението на възраст 25-64 г. е с ниска и средна физическа активност.

#### **4.5. Неразрешени наркотични средства**

Проблемната употреба на наркотици сред популацията на възраст 15-64 г. е все още сравнително ниска - около 0,5% (2002 г.), но броят на хората, които поне веднъж в живота си са опитвали някакъв наркотик, нараства и то най-вече сред младите. Средната възраст на употребяващите наркотици българи (22 г.) е значително по-ниска от тази за Европа. През периода 1999-2003 употребата от на някакъв наркотик в живота сред учениците на 15-16 г. нараства от 14% на 22%. И у нас, както в ЕС, най-широко употребяваното незаконно вещество е марихуаната.

### **5. Фактори на околната среда и здравето**

#### **5.1. Атмосферен въздух**

Влошеното качество на атмосферния въздух в селищата след 1990 г. значително намаля вследствие спада на индустриалното производство и проведените целенасочени мерки. Заболеваемостта в градовете, подложени на интензивно замърсяване от промишлеността и транспорта, е над средната за страната. Водещи са болестите на дихателната система, зачестяват новообразуванията, неблагоприятни са промените в репродуктивното здраве.

#### **5.2. Питейни води**

Огромната част от населението (98.6%) ползва вода за питейно-битови нужди от централни водоизточници. Около 42.1% от използваните води се пречистват. Всички води задължително се обеззаразяват. Висока е стандартността на питейната вода (94.7%).

Има проблеми с качеството на питейните води като: микробиологични отклонения в селища без пречиствателни съоръжения; наднормено нитратно съдържание в райони с ак-



тивна селскостопанска дейност; режимно водоснабдяване, особено през лятото и есента, в голям брой населени места; остарели и амортизирани водопроводни мрежи и др. Затрудненият обмен на данни между МОСВ и МЗ следва да се реши институционално и без забавяне, като за целта не са нужни допълнителни финансови средства.

### **5.3. Безопасност на храните**

През последните години МЗ реализира редица дейности за подобряване безопасността и качеството на храните: законодателни, организационни, контролни, информационни, регистрационни и др. Държавният санитарен контрол обхваща всички нива на хранителната верига на принципа “от полето до масата”. Независимо от предприетите мерки, съществуват ред основни проблеми: замърсяване с тежки метали на селскостопанската продукция; несъответствие на част от обектите за производство и търговия с храни на международните стандарти; затруднения при прилагане на принципа за пълната отговорност на производителите за безопасността на техните продукти и др. Решаването им със съвместните усилия на МЗ, МЗГ и други ведомства и организации, свързани с храните, е залегнало в приетия Национален план за действие “Храни и хранене, 2005-2010 г.”.

### **5.4. Здраве и безопасност при работа**

Условията на труда у нас се различават от тези в ЕС по редица характеристики: по-голяма заетост в традиционно рискови сектори; по-висок дял експонирани на различни рискове за здравето и безопасността при работа (ЗБР); повече професионален стрес и здравни оплаквания; по-малко информираност и участие на работещите по проблемите на ЗБР и др. Много от тези проблеми могат да бъдат решени чрез усиляване на инфраструктурата на дейностите по ЗБР (от МЗ, НЦООЗ), управление на риска (от службите по трудова медицина, НЦООЗ, организациите на работодателите) и изграждане на човешки ресурси за дейностите по ЗБР (от МЗ, НЦООЗ, МУ).

През 2000-2005 г. професионалните болести при осигурените нарастват, като най-силно засегнати са лицата на 45-54 г. (42%), с трудов стаж >20 г. и основни професии: рудо/въгледобив, машиностроене, шивашка индустрия и здравеопазване. Най-чести са професионалните увреждания на белия дроб (36%), вибрационна болест и увреждания на слуха (25.8%) и увреждания на периферната нервна система (23.2%). Регистрирани са 4,478 трудови злополуки, от които 101 с висока степен инвалидност и 94 смъртни случая. Общата заболяемост с временна неработоспособност се характеризира с нарастване делът на сърдечно-съдовите, онкологичните, на дихателната система, инфекциозните болести.

### **Дейности за профилактика на болестите**

Профилактиката на болестите и промоцията на здраве са били приоритет в програмите на всяко правителство, като през последните години са поставяни на първо място. Разработените национални стратегии съдържат релевантни мероприятия. На практика почти всички остават в списъка от общи дейности, тяхната приоритетност е неосъществена.

Положени са усилия за разработка на множество вертикални програми за борба с отделни значими болести или фактори на риска за здравето. Редица от тях обаче са тясно ориентирани към съответния проблем, нямат добра рамка, което се отразява на целите им, стратегиите и дейностите. Не са стиковани с други програми, нямат показатели за мониторинг и оценка, не е заложен в тях интегриран подход. Поради тази причина много дейности се дублират, изпълнителите (които често са едни и същи) недоумяват какво да правят, отчитат се извършени дейности, а не резултати.

Средствата, които се предоставят за развитие на тези програми са ограничени, независимо, че са утвърдени от МС в други размери. Обичайната практика е да се отпускат финансови средства за повечето програми в края на годината, което в значителна степен обезсмисля цялата дейност за профилактика, демотивира изпълнителите.

Извършената здравна реформа без съмнение оказва влияние на целия процес на опазване на здравето. Най-силно бе повлиян достъпът до различни здравни услуги в диапазона профилактика/диагностика/лечение/ рехабилитация. Редица от тези услуги обаче, се комерсиализираха непосилно за по-голямата част от населението. Недостигът на средства за здравето стана постоянен, което затрудни силно дейността на реформиращата се система.

Пакетът на ОПЛ съдържа раздели за промоция на здравето и профилактика на болестите, но практиката показва, че те са формален атрибут в дейността им. Профилактични услуги не се предлагат, населението не е добре осведомено за тях и не ги търси.

Не без натиска на обществото, у нас се говори предимно за лечение на болестите и ресурсите се насочват в тази посока. Защото битува мнение, че проблемите на здравето могат да се решат с разширяване обема на медицинската помощ. Да, болните се нуждаят от лечение и то не бива да им се отказва. Изминалите години обаче показаха, че резултати, които водят до подобряване на здравното състояние на популацията няма, колкото и средства да се наливат в лечението.

От друга страна, недостигът на ресурси за профилактични дейности излага огромна част от хората на риск и ги довежда до болести.

Здравето на населението не е еднозначен резултат от дейността на здравната система, а отражение от въздействието на разнородни социално-икономически, поведенчески и екологични фактори. Тези фактори, би трябвало да бъдат прицел на дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите. Това не може да стане само с усилията на здравната система.

Все още, обаче, ПЗ и ПБ у нас продължават да се разглеждат единствено като задължение на здравната система. *В този погрешен подход са заложили и голяма част от негативните тенденции на здравния статус на населението.*

Световната практика отдавна доказва, че интегрираният подход и междусекторното сътрудничество за здраве с участието на науката са тези елементи на политиката, без които добро здраве за цялото население не може да се постигне. Здравето зависи от условията, които го определят, а те се създават от обществото. Политиката на обществените сектори влияе на здравето и води до риск за него или до укрепването му. Семейството и всеки човек трябва също да носи отговорност за здравето си, но правителствените органи и обществото като цяло следва да създаде условия за това. Разбира се за доброто здраве е необходима и добра медицина, добре е обаче да се намери най-добрият баланс за промоция на здравето/ профилактика на болестите/лечение/рехабилитация.

Съществуващото здравно състояние на населението налага да се предприемат **неотложни мерки** за подобряването му, като се засили профилактичното направление, **защото само то може да доведе до значими промени в нивото на общественото здраве**. За тази цел, наред с дейностите, свързани с лечението на болестите, следва да се даде приоритет на промоцията на здраве и профилактика на болестите, като се:

- създаде надеждна база данни за здравното състояние на населението и детерминантите на здравето;
- извърши икономическа оценка на дейността на здравните структури за опазване на здравето (разход-ефективност, разход-полза);
- извърши оценка на финансирането на профилактиката и лечението на болестите, а също и на резултатите от това, оценка на инвестирането в здравето;
- намери решение на влияещите върху здравето проблемите извън сектора на здравеопазване чрез мултидисциплинарни анализи и последващите ги многосекторни дейности за здраве, координирани на ниво правителство;

- продължи развитието на реформите в здравеопазването, така че да отговорят на проблемите на здравето, а не предимно на болестите.
- реши институционално затрудненият обмен на данни между МОСВ и МЗ без забавяне, за целта не са нужни допълнителни финансови средства;
- създаде информационна система с регистър на професионалната заболяемост при НЦООЗ и се въведат европейските индикатори за характеристика на професионалното здраве;
- включат в сега действащото законодателство промени свързани с трудовата среда и опазването на здравето;
- усили на инфраструктурата на дейностите по здраве и безопасност при работа (от МЗ, НЦООЗ), управлението на риска (от службите по трудова медицина, НЦООЗ, организациите на работодателите) и изграждането на човешки ресурси за дейностите в тази област (от МЗ, НЦООЗ, МУ).

На фона на казаното не бива да се мисли, че всичко направено до сега трябва да се отрича. Разработени са редица политики, нормативни документи, проекти и програми, които са насочени към по-добро здраве. Те са модели, които могат да бъдат разпространени, защото съчетават в политиката си постиженията на науката и практиката в Европа и в света. Пример за такава програма е СИНДИ - европейска програма, в която България участва с осем зони с население около 700 000 души, в някои от които се постигнаха положителни промени в здравето на населението на ниво популация.

## **Достъпност и качество на здравната помощ, оказвана от мрежата на общопрактикуващите лекари**

Д-р Николай Колев  
заместник председател на Националното  
сдружение на ОПЛ  
заместник председател на Софийска колегия  
на БЛС  
*със съдействието на*  
Доц. Г. Иванов  
национален консултант по обща медицина

В началото на своето изложение бих искал да подчертая факта, че широко обсъжданите проблеми в болничното здравеопазване, negliжират проблемите които съществуват в доболничната помощ. Общопрактикуващите лекари в цялата страна категорично не са съгласни с мнението, че тези проблеми са решени и всичко е наред. Напротив на проведеня наскоро “Първи конгрес по обща медицина” бяха изнесени факти, които будят сериозна тревога за моментното състояние и бъдещето на доболничната помощ. Нека всички ние, не забравяме че добрата болнична помощ стои на основата на добре организираната и стабилна доболнична помощ.

Качеството на здравната помощ оказвана от общопрактикуващите лекари е сложна съвкупност от множество фактори. Те са тясно свързани със законовите, социално психологическите и икономически реалности в страната и смея да твърдя на тяхното силно ограничаващо въздействие върху здравеопазването като цяло и в частност в областта на първичната доболнична помощ у нас.

## **Фактори които влияят върху качеството и достъпността в доболничната помощ**

**1. Достатъчен брой лекари** - в момента работят около 5500 лекари, които обслужват средно по 1450 души – на пръв поглед много добра структура, но в действителност се оказва, че на територията на страната има значителна неравномерност в разпределението на общопрактикуващите лекари. Най – много лекари на брой население има в областите София, Плевен, Ст. Загора, Кюстендил, а най – малко в Разград, Търговище, Кърджали, Силистра. Това състояние се запазва трайно през последните пет години, което означава че не съществуват еднакви възможности за достъп до общопрактикуващите лекари в зависимост от местоживеенето на пациентите.

Единственият начин за промяна на това положение е практиките в тези райони да станат достатъчно атрактивни т.е да получат достатъчен финансов ресурс, който да осигури възможности за инвестиции в тях и достатъчно лични средства на лекарите работещи там.

## **2. Лекари с необходимата професионална компетентност**

Не могат да се приемат за верни твърденията, че по – голямата част от общопрактикуващите лекари не притежават достатъчно добри професионални възможности. Почти всички общопрактикуващи лекари с изключение на наскоро завършилите работеха в доболничната помощ преди старта на реформата и лекуваха своите пациенти. В същото време около 45% от работещите общопрактикуващи лекари притежават специалност обща медицина, педиатрия или вътрешни болести. Нежеланието на общопрактикуващите лекари да специализират обща медицина е свързано с несъобразената с изискванията на работата на ОПЛ система за специализация. Тя не съответства на икономическите възможности на общата практика - необходимо е заплащане на заместник поради невъзможност за откъсване на ОПЛ от работа. Налична

е и централизация на местата за специализация, което налага отделяне на много време, особено за лекарите, работещи в отдалечени населени места.

Поради тази причина е необходимо в най – кратки срокове да се разработи нова програма за специализация по обща медицина с ново съдържание, технология и разбира се децентрализация на местата на провеждане. Трябва да се въведат дистанционни форми на обучение при специализацията по обща медицина и продължаващото медицинско обучение за общопрактикуващите лекари.

В противен случай, през 2008 г., когато изтича гратисният период за работа на лекари без специалност обща медицина като общопрактикуващи лекари, ще се създаде проблем с изключително голямо здравно - политическо значение.

### **3. Структура на практиките и на екипа от помощен персонал**

В организацията на първичната доболнична помощ преобладават индивидуалните практики, където работят около 4400 лекари. В групови практики работят около 1100 лекари, като най – често практиката се състои от 2 до 4 лекари. Това значително отличава организацията на първичната медицинска помощ от тази в страни с опит и традиции, където преобладават груповите практики, а има възможности и за други форми на обединение и коопериране.

Груповата форма дава възможност за по – добро използване на работното и свободното време, за въвеждане на мениджърски тип на управление, за увеличаване на броя помощен персонал, за дългосрочни инвестиции. В общата практика достъпността и качеството в много висока степен зависят от броя на помощния медицински персонал. В момента наличието на друг медицински персонал в практиката се определя единствено от действието на икономически фактори - зависимост от приходите на общопрактикуващите лекари, а това води до изключително голямо разнообразие и неравносътност на отделните практики. В момента най – висок е бро-



ят на практиките с един член на екипа – медицинска сестра, акушерка или фелдшер. Най – многобройни са екипите на лекари, чиито практики са разкрити в територии с малки и разпръснати населени места, което е компромис между икономическите интереси и осигуряването на достъп до медицинска помощ на пациентите. Недостатъчния помощен медицински персонал води до влошаване на обслужването по отношение на здравно – промотивни дейности, изпълнението на скринингови програми, грижите за хронично и терминално болните.

При менажирането на практиката е необходим и технически персонал, който да разтовари лекаря от медицинските дейности с които е натоварен – снабдяване с документация, взаимоотношения с РЦЗ, НОИ, НЗОК, данъчни служби и други.

От всичко казано дотук е ясно, че състоянието на медицинските екипи и екипната работа е проблем, който изисква сериозно отношение и са необходими както икономически така и нормативни промени за подобряване на сегашното положение.

#### ***4. Организация на работата и работното време***

Организацията и начина на работата в доболничната помощ имат своята специфика, свързана с факта, че общопрактикуващият лекар консултира много и различни пациенти. За съжаление тази специфика е трудно разбираема от институциите и обществото. Често проблемите на хората са не само здравословни, но и психологически и социални. За да разреши тези проблеми общопрактикуващият лекар трябва да спечели и запази доверието на всеки един пациент. Доверие се изгражда само ако всеотдайно и със съчувствие се отнасяш със съответния индивид. Това обаче изисква време. В момента общопрактикуващите лекари все повече биват превръщани в бюрократи, тъй като са натоварени с дейности, които нямат нищо общо с чисто медицинската работа.

Факт е, че при малките практики от 600-700 пациента има добър достъп, лекарят има време за всеки пациент, но те разполагат с минимален финансов ресурс, което влошава качеството на работа. От друга страна големите практики с над 2500 пациента разполагат с повече средства, но достъпът на пациента до избрания от него лекар е силно затруднен.

Липсата на ясни и точни правила за извършване на медицинската дейност в първичната медицинска помощ водят до “добре организиран хаос”. Още със създаването си новата система на първичната медицинска помощ беше поставена под контрол на НЗОК и Министерството на здравеопазването, под формата на задължителни наредби и правила, които трябва да се спазват при работа с пациентите. Това е нормално, но за съжаление тези правила създадени в полза на хората в много случаи действат срещу тях, колкото и парадоксално да звучи. Това е така защото тези условия се съобразяват не толкова с това от което има нужда болният, а с това какво е решено да му се даде. По този начин се ограничава клиничната свобода на общопрактикуващите лекари при обслужването на пациентите, влошават се взаимоотношенията лекар – пациент, което води до неудовлетвореност на всички и в крайна сметка влошава качеството на работа.

### ***5. Материални условия и техническо оборудване***

Това е един от най – съществените фактори определящ качеството на медицинското обслужване. При започване на реформата, а и към момента над 90% от практиките са разкрити в помещения на бившите поликлиники и селски здравни служби, за които се заплаща наем. Към момента голяма част от тях не осигуряват необходимата площ, брой и вид помещения, естетическо състояние и уют. Това е много сериозен проблем с оглед на предстоящото присъединяване към Европейския съюз и необходимостта да се отговори на изискванията за помещения и апаратура. На пръсти се броят общопрактикуващите лекари, които биха могли да рискуват банков кредит за развитие на практиките си.

Техническото оборудване и апаратура закупени преди пет години със заем от Световната банка и предоставени за безвъзмездно ползване (само срещу заплатена застраховка) на част от общопрактикуващите лекари, вече е амортизирано и не отговаря на съвременните изисквания. Решаването на този проблем също е свързано с големи инвестиционни разходи, което налага увеличение на средствата в първичната медицинска помощ.

Друг съществен фактор за подобряване на качеството на общата медицинска практика е наличието на добра информационна система. Необходимо е създаването на работещо електронно досие на всеки пациент, което да е достъпно за всички лекари в системата на здравеопазването. Това ще позволи въвеждане на единна автоматизирана информационна система за обслужване на всички държавни, здравно-осигурителни, социални и други организации. Ще позволи създаване и въвеждане и на единни държавни стандарти за медицинската информация (документални, отчетни и др.)

## ***6. Финансови ресурси***

Световната практика доказва, че доболнична помощ основана на модела на общата медицинска практика има потенциал да даде над 70% от необходимата здравна услуга в държавата и то само с 20% от бюджета за здравеопазване. Това означава, че тази система има огромен потенциал да бъде ефективна, стига да бъдат създадени подходящи социални и икономически условия за функционирането ѝ. За съжаление в момента у нас от предвидените 1.997 милиарда лева за здравеопазване през 2006 г., за първичната доболнична помощ са определени 110 милиона, които са само 5,5% от целия бюджет. А ако се добавят и бюджетите за Специализирана доболнична помощ и за Медикодиагностична дейност бюджетът в доболничната помощ става 13,6 % от бюджета за здравеопазване

Финансирането и икономиката на първичната медицин-

ска помощ са едни от най – дискутираните проблеми в здравеопазването, сред лекарите и обществото. През последните години те са обект на много спекулации и неверни твърдения. Преди всичко трябва да е ясно, че сумите заплащани от НЗОК са средствата които издържат практиките. От тези приходи 60 до 80 % се използват за задължителните разходи, без които първична медицинска помощ не би съществувала. Това означава, че остават 20 до 40 % за подобряване на качеството на обслужване, инвестиции и лично ползване.

За да бъде ефективна и с добро качество системата на здравеопазване, тя трябва да стъпи върху стабилна основа. Ясно е, че такава основа се изгражда на базата на достатъчен финансов ресурс, който да бъде съобразен с изискванията отправяни към системата на доболничната помощ като цяло и общопрактикуващите лекари в частност.

За съжаление, ръстът на средствата отделяни за първичната медицинска помощ през последните години е минимален и едва покрива официалния инфлационен индекс.

2003 г. – 103 500 лв.

2004 г. – 103 500 лв.

2005 г. – 107 200 лв.   увеличение на бюджета 3.5 %

2006 г. – 110 000 лв.   увеличение на бюджета 2.6 %

За четири години от 2003 г. до 2006 г. увеличението на бюджета е 6.2 %.

Всичко това се развива на фона на непрекъснато повишаващите се цени на ток, отопление, консумативи, горива, застраховки. Това са финансови тежести, които не могат да бъдат компенсирани с минималното увеличение в бюджета за доболнична помощ. Нека не забравяме, че практиките за ПИМП са самостоятелни фирми, регистрирани по търговския закон и са принудени да се съобразяват с всички правила, заложиени в него. Ръстът на минималната работна заплата и нарастващата осигурителната тежест също са фактори, с които не можем да не се съобразяваме.

Не е трудно да се предвиди влошаване на качеството в доболничната помощ, тъй като и в момента първичната медицинска помощ работи в условията на сериозна икономическа стагнация, на силно регулирани икономически отношения, с единствен финансов партньор – НЗОК. Едновременно с това има и пълно оттегляне на държавата при финансирането, макар че чрез различни нормативни документи тя възлага извършването на важни дейности, което от икономическа гледна точка е недопустимо.

От изложеното става ясно, че качеството и достъпността на здравната помощ, оказвана от ОПЛ не може да се разглеждат еднозначно като пряко зависещи само от изпълнителите на първичната помощ, а и от много други условия.

С оглед на това да се подобрят качеството и достъпността на първичната здравна помощ и да се даде тласък на развитието на общата медицинска практика в страната трябва да се направят големи усилия за решаване на проблемите и за да може в най – скоро време тя да се превърне в една качествена, ефективна и съвременна система на здравеопазване.

Настоящото изложение е предизвикано от публикуваната в пресата информация за проектобюджета на НЗОК, който не ни изненада с наложилата се низходяща прогресия спрямо финансирането на ПИМП, но затвърди убеждението ни, че подценяването, пренебрегването и неразбирането на същността и възможностите на Общата медицина, Общата медицинска практика, както и интересите на професионалната група на общопрактикуващите лекари в Република България, се превръща в канонизиран стил на поведение от страна на решаващите институции.

Преди пет месеца ние обявихме нашите очаквания за удвояване на бюджета в ПИМП и изложихме своите аргументи. Разбира се, това бе идеалната стойност, която като хора, сблъскващи се с ежедневните проблеми на нашите съграждани, тежката бюрократична машина, проблемите произтичащи от несъвършенството на нормативната уредба и т.н.,

ние не сме очаквали да се реализира напълно. Но постепеността на покачване на средствата, заделени за здравеопазване и в частност за ПИМП, обещава от политическите сили, едва ли може да се олицетворява в цифрите на проекто-бюджета за ПИМП. И ако някой твърди, че е направено много за ПИМП и професионалната група на общопрактикуващите лекари, преди да се съгласите, вникнете в смисъла на това изложение, поговорете с колегите ОПЛ, срещнете се с техните сътрудници, пациенти и тогава решете какво трябва да се предприеме.

В този материал не сме включили стоматологичната помощ, която е обект на договаряне между ССБ и НЗОК, както и средствата за частично или напълно заплащаните от НЗОК медикаменти, храни и консумативи, тъй като те ще бъдат предмет на отделен коментар.

### ***Терминология***

- ПИМП - Първична извънболнична медицинска помощ
- СИМП - Специализирана извънболнична медицинска помощ
- МДД - Медикодиагностични дейности
- БП - Болнична помощ
- ЗОП - Здравеопазване (общият бюджет на НЗОК за здравеопазване, който включва и стоматологична помощ и изплащането на медикаменти)

### ***Хронология и цифри - бюджет НЗОК***

	Бюджет 2003	Бюджет 2004
ПИМП	103 500 000	103 500 000 /+ 000 000 000/
СИМП	82 400 000	94 000 000 /+ 11 600 000/
МДД	39 300 000	41 000 000 /+ 1 700 000/
БП	200 000 000	245 105 200 /+ 45 105 200/
ЗОП	627 753 000	769 705 200 /+141 952 200/

	Бюджет 2005	Бюджет 2006
<b>ПИМП</b>	107 200 000 /+ 3 700 000/	110 000 000 /+2 800 000/
<b>СИМП</b>	107 400 000 /+ 13 400 000/	111 000 000 /+3 600 000/
<b>МДД</b>	50 500 000 /+ 9 500 000/	52 000 000 /+1 500 000/
<b>БП</b>	295 100 000 /+ 49994800/	800 000 000 /+504 900 000/
<b>ЗОП</b>	863 000 000 /+93 294 800/	1 400 000 000 /+537 000 000/

Увеличение на бюджета в %			
	2003 - 2005	2005 - 2006	2003 - 2006
<b>ПИМП</b>	3.5%	2.6%	6.2%
<b>СИМП</b>	23.0%	3.3%	34.0%
<b>МДД</b>	22.0%	2.9%	62.3%
<b>БП</b>	33.0%	171.0%	300.0%
<b>ЗОП</b>	27.0%	62.2%	123.0%

Бюджет ПИМП като % от ЗОП	
<b>2003</b>	16.4%
<b>2004</b>	13.4%
<b>2005</b>	12.4%
<b>2006</b>	7.8%

От посочените данни е видно, че след първоначалния застой, следва илюзорно покачване на бюджета за ПИМП (по-малко от инфлационния индекс) и след това - незначително увеличение, по-малко от предходната година. Сравнение с останалите части на здравеопазната система няма да правим, тъй като цифрите са красноречиви. Обърнете внимание на справката за ръста на бюджета от 2003 до 2006 г.

Това се случва на фона на следните неблагоприятни фактори:

1. Отпадане на огромен брой неосигурени граждани от листите на ОПЛ - 2 200 000 души в началото, които към момента са 1 100 000. Това доведе до рязък спад в приходите на ОПЛ, които осъществяват своята дейност върху по-малък брой хора в листите, но не и като посещаемост, защото най-честите ползватели на услугата са хората над 65годишна възраст и децата. Минималното повишаване на цените на услугите, предоставяни от ОПЛ, договорени в НРД 2005 не може да компенсира дефицита, а в най-добрия случай запазва завареното предходно ниво.
2. Ограничението за извършване на профилактичен преглед, заплащан от НЗОК, на хората с хронично заболяване на зрителния анализатор, слуха, гинекологични заболявания и др., въведено с НРД 2005, също допринесе до значително намаляване на приходите, както и неравнопоставеност на ЗЗОЛ при ползването на тази услуга.
3. Отпадане на значителна част от пациентите с хронични заболявания, чиято диспансеризация се води от ОПЛ (това са предимно хипертоници и болни с диабет II-ри тип) в резултат на допълнително методично указание, подписано след НРД 2005. Това също доведе до чувствително намаляване на приходите на практиките за ПИМП.
4. Нерационалните, усложнени правила за работа с пациентите; изписването на рецепти с намаление; ограничената свобода на ОПЛ за назначаване на лекарствени средства от списъка с частично или напълно платените от НЗОК лекарства и др. доведоха до значителен ръст в наложените санкции от страна на РЗОК, което по същество не са санкции за медицински грешки, а наказания за технически грешки, поради препъни-камъните, заложили в хаоса, наречен правила за работа и начин за обратно вземане на изплатени средства, а не мярка, водеща до подобряване на качеството.



5. Повишаващите се цени на ток, отопление, консумативи, горива, ръста на минималната работна заплата и осигурителната тежест са фактори, които не могат да бъдат компенсирани с това движение в бюджета за ПИМП.
6. Липсата на остойностяване на някои видове дейности - медицински и немедицински, например домашни посещения, посещения през нощта, в празнични дни, извършване на промоционни дейности, издаване на документи, вмняване на нови задължения – например писане на медицински направления за ТЕЛК, което реализира икономия в бюджета на НЗОК за СИМП и натоварва ОПЛ с нови незаплащани дейности, както и прекомерно раздутият пакет услуги, наложен на ОПЛ и лишаваш ги от възможността за реализиране на допълнителни доходи от дейности. Най-често икономистите се крият зад термина, наречен капитация, която не може да покрие стойността на тези услуги, тъй като ги оценява в части от единия лев и е недостатъчно висока за нашите условия, колкото и шокиращо да звучи това за много хора.
7. Освобождаването на значителна група хора от потребителски /наричани от нас ограничителни такси/, без това да се компенсира от съответната държавна институция.

В резултат на тези фактори, а и други, които не сме успели да упоменем, практиките за ПИМП са поставени в условията на постоянно напрежение, една от основните причини за което е недофинансирането им.

Това води до:

1. Невъзможност за отделяне на средства за инвестиции и реинвестиции в:
  - материално-техническа база (съвременни амбулатории, оборудване и т.н.);
  - следдипломна специализация и участие в поддържане и повишаване нивото на квалификация, както на лекарите, така и на техните сътрудници - медицински сестри, акушерки, друг персонал;

- невъзможност за повишаване размера на заплащане на работещите в екипа на ОПЛ, както и създаването на разширен тим (повече от една сестра, например социален работник, технически секретар и др.). Възниква проблем с назначаването дори на изискуемата по НРД медицинска сестра, тъй като заплащането в болниците - основна заплата и прихода от клинични пътеки, са по-атрактивни като възнаграждение в момента. Това прави създаването на разширен екип невъзможно, а разширеният екип означава качество за пациентите.
- 2. Финансова нестабилност и невъзможност за ползване на кредити, на фона на постоянно намаляващите приходи и липсата на опции за възвращаемост на вложените средства и печалба.
- 3. Лишаване на голяма част от професионалната група на ОПЛ от възможността за ефективно участие в предстояща приватизация и каквато и да било стопанска инициатива.
- 4. Търсене на начини за компенсация с цел оцеляване, въпреки административно предопределените загуби чрез действия, които понякога водят до нарушения и санкции.

Като допълнение към казаното нека не забравяме, че практиките за ПИМП са самостоятелни фирми, регистрирани по търговския закон, но не ползват всички негови предимства, макар че са принудени да се съобразяват с всички правила, заложиени в него. На тези практики и техните “собственици” никой не опрощава дългове и данъци, не отпуска целеви субсидии и т.н.

Така очертаната картина води до два основни ефекта:

1. Недоволни лекари
2. Недоволни пациенти

И като цяло лош здравен резултат.

Нека припомним един многократно представян от нас пример, показателен за степента на ползваемост на съответ-

ната услуга на медицинските специалисти в различните части на системата на здравеопазване.

### ***Посещаемост***

ПИМП / СИМП / БП = 80-100 / 15-30 / 0-3 пациента за седмица, ползвали услугите на съответното ниво и то в условията на много голям процент административно изискуеми посещения към СИМП.

В началото на това изложение демонстрирахме обратнопорпорционалното финансиране на тези дейности.

Налагат се два извода:

1. Налице е недофинансиране на цялата система на здравеопазване.
2. Налице е диспропорционалност в разпределянето на финансовия ресурс между отделните й нива, като една от основните причини е недостатъчната медицинска целесъобразност.

Ако приемем, че средната стойност на посещение при ОПЛ в ПИМП, по какъвто и да е повод и за каквато и да е услуга, трябва да е не по-малко от 10.0 лв. или 5 Евро, което не твърдим, че е брутна цена на лекарски труд, достойна за българския лекар, се получава следното:

### ***Бюджет***

$400 / \text{посещ. месечно} / \times 10.0\text{лв.} = 4000\text{лв.} \times 12 / \text{месеца} /$   
 $= 48400 \times 5700 / \text{ОПЛ} / = 275\ 880\ 000\text{лв.}$

Този ресурс да се разпредели в капитация и дейности така, че да се даде възможност на лекарите да обслужват спокойно с достатъчно време и внимание своите пациенти и не броят на пациентите в листата им да бъде решаващ за финансовото оцеляване на практиките.

В заключение ще кажем отново: Необходимо е значително, не козметично увеличение на бюджета в ПИМП, за да се осигури съответствие на практиките за ПИМП с изиска-

нията на ЕС; да се мотивират и добият финансова възможност ОПЛ да поддържат и повишават своята и тази на сътрудниците си квалификация; да се осигурят възможности за повишаване възнагражденията на работещите в екипа за ПИМП; да се подобри информационното осигуряване на практиките и обучението на пациентите.

Всичко това би било възможно, ако е налице желание, разбиране и конструктивен подход от страна тези, които определят здравната политика.

Крайно време е да престанем с играта на стражари и апаши, постигайки евтин популистичен ефект и да се обърнем с лице към проблемите, които имат собствени имена и решения.

## Университетските болници – състояние и перспективи

Д-р Евгений Медникаров, дм  
изпълнителен директор на  
Университетска специализирана болница за  
активно лечение по ортопедия  
“Проф. Б. Бойчев”

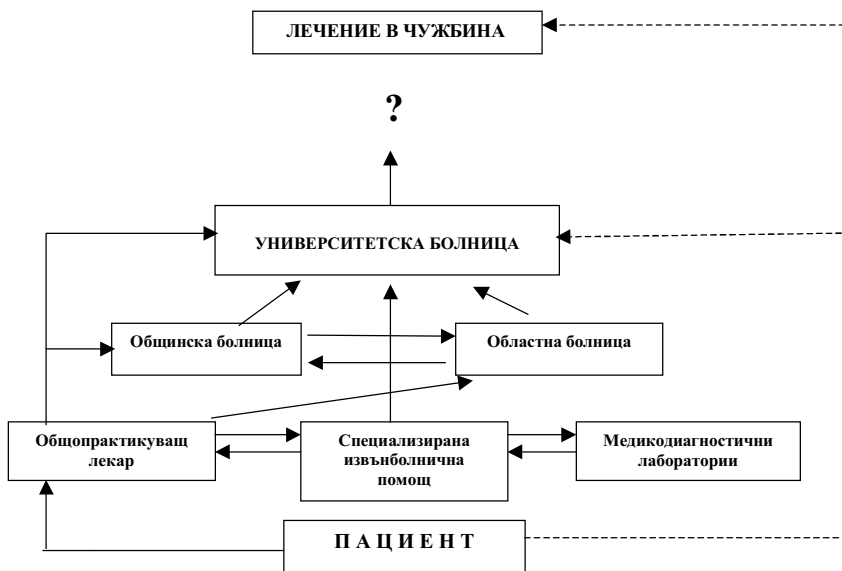
Университетските болници са гръбнака на здравеопазването в Република България. Те са създадени и функционират в най-големите градове с най-добре развита инфраструктура. В тях се осъществява, както лечебно-диагностична, така и научна и учебно-преподавателска дейност. Това е причината те да концентрират около една четвърт от лекарите в страната. Университетските болници разполагат с най-съпоструващата съвременна медицинска техника. Тези фактори са предпоставили в тези лечебни заведения да се концентрира, както най-тежката патология, така и най-тежките усложнения при лечението на пациентите в други лечебни заведения за болнична помощ (Табл. 1).

Табл. 1. Дял на Университетските болници спрямо всички заведения за болнична помощ

	Л З Б П	УНИВЕРСИТЕТСКИ БОЛНИЦИ	%
БРОЙ	245	22	9
ЛЕГЛА	45 070	8 893	19
ПРЕМ. БОЛНИ	1 333 698	248 325	18
БРОЙ ЛЕКАРИ	15 637	3 879	24

При анализа на таблицата прави впечатление факта, че в 8 % от лечебните заведения за болнична помощ, какъвто е делът на Университетските болници се лекуват 18% от пациентите в страната. Почти една четвърт от лекарите ангажи-

рани в лечебните заведения за болнична помощ са съсредоточени в Университетските болници.



Граф. 1. Структура на медицинската помощ

На Граф. 1 е представена опростена схема на структурата на медицинската помощ в Република България. Прави впечатление пирамидалната структура, като на върха на пирамидата, поради всички гореизразени съображения, стоят университетските болници. Тук е мястото да припомним времето на районирането на болничната помощ, когато пациентът беше принуден от системата да извърви дългия път по векторите на графиката, за да попадне в съответното лечебно заведение за болнична помощ и само с документ от него, че там не може да бъде извършено съответното лечение, да попадне в по-горния етаж на пирамидата. Тогава не рядко пациентите избираха пунктирната линия в дясно на графиката, за да попаднат във високоспециализираните лечебни заведения или дори в чужбина, като разбира се за това изразходваха значителни финансови средства. След премахването на районирането и въвеждане на принципа на свободния дос-

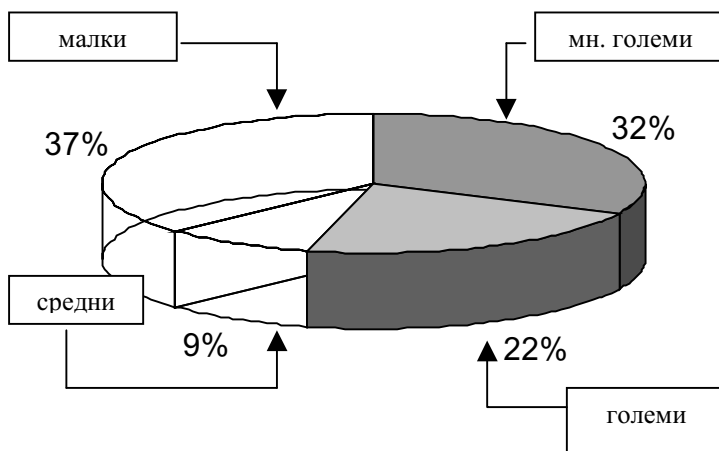
тъп на пациента до предпочитаното от него лечебно заведение, броят на пациентите избрали да се лекуват в Университетските болници нарастна. След въвеждането от МЗ на принципа за плащане на дейности по съответните класове заболявания и при наличието на съответни клинични пътеки от страна на НЗОК на пръв поглед положението на Университетските болници изглеждаше добро, поради изводът: повече лекувани пациенти – по – голям финансов ресурс. Така ли стана , обаче на практика? Поради всепризнатия факт, че при заплащането на Клиничните пътеки, а и при остойностяването на Класовете болести заплащани от М.З. е допуснато недофинансиране средно с 35%, лечебните заведения, които стоят по - добре на пазара на медицинските услуги, привличайки повече пациенти, реализираха и по-голям процент недофинансиране. По наша преценка с приемането на НРД 2006 тази тенденция ще се запази, поради което ще си позволим да споделим опита си при дейност в тази обстановка.

Университетската болница за активно лечение по ортопедия “ Проф. Б. Бойчев” е правоприемник на Научния институт по ортопедия и травматология при М.А., създаден през 1974 година, чрез сливането на Катедра по ортопедия и травматология към Висшия медицински институт – София, Катедра по ортопедия и травматология при ИСУЛ и Републиканския институт по възстановителна хирургия и протезиране. Болницата е единствената в страната специализирана болница за лечение на заболявания и посттравматични увреждания на опорно-двигателния апарат, като за осъществяване на дейността си разполага със 140 легла на територията на 6 специализирани клиники и персонал от 323 души. Тя е център за обучение на студенти, специализанти и докторанти в областта на ортопедията и травматологията, кинезитерапията и рехабилитацията. Годишно в Болницата преминават средно 4 200 болни, като се извършват 3 500 операции при средна натовареност 22 операции дневно.

Лекари	54
Хабилитирани преподаватели	8
Нехабилитирани преподаватели	25
Със специалност	52
Сестри	123
Бакалаври	12
С допълнителна квалификация	75

Структура на персонала

При анализа на структурата на персонала, правят впечатление, както големия процент на лекарите със специалност, така и факта, че от общия брой лекари 61% са научно – преподавателски кадри. Немалък е броя и на високвалифицирани сестрински кадри. Всичко това предполага предлагането на висококачествена здравна услуга, но за съжаление не предполага по-добро заплащане, поради унификацията на цената на услугата заплащана от НЗОК.



Структура на оперативната дейност

От представената графика на оперативната дейност се вижда, че делът на много сложните и сложни оперативни ин-



тервенции извършвани в болницата е по-вече от половината от общият брой операции. Наличието и не малък процент малки оперативни процедури потвърждава факта, че дори и за интервенции, които се интерпретират като малки, пациентите предпочитат високоспециализираните звена.

С какъв финансов ресурс бяхме принудени да обезпечим такава скъпоструваща и отговорна лечебна дейност?

### ***Анализ на финансовата рамка за 2003 г.***

Субсидия от М.З.	1 248 000 лв.
За заплати и допълнителни възнаграждения	1 046 328 лв.
$1\,046\,328/228=4\,589/12=382/1.3=294$ лв.	
За осъществяване на лечебна дейност	301 627 лв.
Разходи за поддържане на болницата	364 029 лв.
Храна	153 327 лв.
Абонаментно обслужване	34 437 лв.
Електроенергия	20 725 лв.
Транспорт	6 116 лв.
Материали	88 698 лв.
Вода	19 055 лв.
За лечебна дейност	62 402 лв.
Планови разходи за медикаменти и консумативи	184 536 лв.
<b>ОБЩ ПЛАНИРАН НЕДОСТИГ</b>	<b>249 938 лв.</b>

И така, на прага на 2003 година се озовахме с минимален планиран недостиг от близо четвърт милион лева, при положение, че бяхме завършили финансовата 2002 година без задължения.

### ***Какво направихме?***

1. Въведохме единна информационна система на болницата. Това ни даде възможност в реално време да контролираме, както пациентопотока по звена и тяхната натованост.

реност, така и да имаме точна представа за ежедневните разходи за медикаменти и консумативи.

2. Приложихме разделно финансиране на звената, което отчиташе както преките и непреките разходи консумирани от различните звена, така и наличните приходи получаващи от НЗОК, МЗ, доброволните здравноосигурителни фондове и кешовите пациенти. Обвързахме допълнителните плащания в края на всяко тримесечие с приноса на всяко от звената в баланса на болницата. Това до голяма степен повиши мотивацията на персонала за по-ефективна дейност.
3. По предложение на комисията за лекарствени средства, в болницата бе приета препоръчителна лекарствена листа, обезпечаваща медицинските дейности в рамките на добрата медицинска практика с оптимален финансов ресурс. Необходимостта от скъпоструващи медикаменти и консумативи се мотивираше от началниците на клиниките за всеки отделен случай и се преподписваше от изп. директор.
4. Ликвидирахме свръхнормативните запаси медикаменти, консумативи и други материали в централните складове и създадените “малки складчета” в състава на всяко от звената
5. Преструктурирахме звена в болницата, като Клиниката за следоперативна рехабилитация с 17 легла бе реструктурирана в Клиника без легла. Това действие имаше многоцелеви резултат. Пребазира легловата база и медицинските кадри в другите оперативни звена, като по този начин им позволи да обслужват повече по обем и по-качествено пациентите.

Всичко това ни помогна да завършим без задължения, както финансовата 2003, така и финансовите 2004 и 2005 година, без да намалим обема на дейност и качеството на оказваната медицинска помощ. Не на последно място успяхме да повишим средната брутна работна заплата в Болницата

считано от 01.01.200 година до третото тримесечие на 2005 година със 125%, като от 200.03 лв. през 2000 година, сега тя е 446.14 лв.

Независимо от всичко казано до тук, както пред всички Университетски болници, така и пред нас продължават да стоят редица нерешени **проблеми**, които ще си позволим да подредим в следния порядък:

### **ЗАКОНОДАТЕЛНИ**

- Национални стандарти
- Несъответствия между ЗЛЗ и ТЗ
- Несъответствия между ЗЛЗ и ЗВО
- Несъответствия между ЗЛЗ и ЗНСЗ
- Кодекса на труда

### **КАДРОВИ**

- Липса на мотивация
- Наличие на корупционна среда

### **МАТЕРИАЛНА БАЗА**

- Сграден фонд
- Водопроводна и канализационна система
- Отоплителна система
- Подемни съоръжения

### **ФИНАНСОВИ**

- Недофинансирани клинични пътеки
  - липса на диференцирано плащане за различни ЛЗБП
  - няма яснота за структурата на стойността на КП
- Недофинансирано заплащане за дейност от М.З.
- Наредба №1 на Министъра на здравеопазването
- Липса на финансиране за здравно неосигурени лица

В този материал няма да коментираме всеки от горните проблеми, тъй като всеки един сам по себе си би бил достоен за обсъждане в отделно съобщение. Още повече нито един

от тях не е от компетентността на един изп. директор на лечебно заведение. Силно се надяваме, че в хода на реформата в болничната сфера законодателните и изпълнителни органи ще намерят най-доброто им решение. Основание за това ни дава доклада за здравето на нацията в началото на 21 век – анализ на провежданата реформа в здравеопазването, приет от МЗ през месец август 2004 година, където до голяма степен всички тези проблеми са ясно дефинирани.

И накрая ще си позволим да поставим някои въпроси, отговорите на които, по наше скромно мнение, биха ускорили в значителна степен здравната реформа. В скоба е представен и предпочитания от нас отговор.

### **Кой ще заплаща лечението на здравно неосигурените лица?**

#### **1. Изискващи спешен отговор**

Ще се въведе ли диференцирано заплащане на КП по категории ЛЗБП? (Да)

Как ще се определят работните заплати?

(Преосмисляне на философията на Наредба №1 за определяне на работните заплати в търговските дружества-лечебни заведения с над 50% държавно участие).

Уместно ли е създаването на гаранционен фонд към МЗ за обезпечаване на неосигурените лица? (Да)

Ще се оповести ли финансовата структура на КП? (Да)

Уместно ли е приемането на 3-месечен гратисен период в НРД 2006 за уточняване на пропуснати процедури в състава на клиничните пътеки? (Да)

#### **2. Отговорите на които биха ускорили реформата в болничната помощ**

Ще се въведе ли и кога единна информационна система на НЗОК? (Да, възможно най-скоро)

Ще се актуализира ли националната здравна карта? (Да)

Ще се изработи ли основен пакет на здравните услуги заплащани от НЗОК? (Да)

Ще се прекрати ли мораториума върху приватизацията на ЛЗ ДП? (Да)

Уместно ли е да се въведе органичителен режим за работа в повече от едно ЛЗ ПБ? (Да)

С какъв финансов ресурс МЗ ще изпълнява задълженията си на собственик на ЛЗ ПБ? (Наличие на резервен фонд в МЗ за капиталови разходи)

Уместно ли е болниците-търговски дружества да могат да си връщат дадените финансови средства за ДДС при закупуване на медикаменти и консумативи предвид факта, че крайния потребител не са болниците, а болните или респективно НЗОК? (Да)

## **Болничното здравеопазване - проблеми на незавършената реформа и възможни стратегии**

Д-р Жанина Калинкова  
изпълнителен директор “МБАЛ- Добрич “АД

Съгласно Конституцията на Република България здравеопазването е право на всеки български гражданин, а достойното Европейско бъдеще на българската нация преминава през модерно и достъпно здравеопазване.

Здравната реформа в България започна с обществен консенсус и подчиненост на основните цели:

- Подобряване на здравно-демографското състояние на нацията;
- Повишаване удовлетвореността на пациентите от прилаганите здравни услуги по отношение на качество и достъп ;
- Осигуряване високо ниво на здравна защита;
- Повишаване на икономическата ефективност на здравната система;
- Провеждане на по-успешна политика за контрол върху разходите и оценка на тяхната ефективност;
- Създаване на условия за публичност, прозрачност и обществен консенсус на всички решения и действия;
- Гарантиране на равни възможности и условия за свободна конкуренция между всички изпълнители на медицинска помощ;

След 1998 г. стартът на реформата в здравеопазването бе гарантиран с приемане на основополагащи закони:

√ *От 38 Народно събрание:*

- Закон за задържително здравно осигуряване;
- Закон за лечебните заведения;
- Закон за съсловните организации на лекари и стоматолози.

√ *От 39 Народно събрание:*

- Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки;
- Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането;
- Закон за здравето.

Години след закъснелия старт на здравната реформа, необходимостта, от която никой и днес не отрича тотално, е факт недоволството от състоянието на здравеопазването - практически най-обществено чувствителната и социално значима сфера, от която, и в която всички са недоволни.

Пациентът през годините не се превърна в обединяващ център и барометър на необходимите промени. А иначе всички се променяхме:

1. Участвъковите лекари се регистрираха като еднолични търговци, с цялото допълнително натоварване, което им носеше статуквото, без да имат подготовка за това. Капитационният принцип и механичното преминаване на пациентите от системата на териториално разпределение към даден лекар, към свободен избор на лекар, беше опорочена, а осигуреното добро оборудване на практиките на ОПЛ не винаги компетентно и навременно беше използвано. Появи се нехомогенност при осигуреността на цели райони от ОПЛ.

2. Бившите поликлиники със същия свой технологичен и кадрови потенциал се отделиха изкуствено от болниците и се преобразуваха в ДКЦ и МЦ, без да бъде извършен процес на реструктуриране на собствеността и оптимизиране на дейността. Липсата на специалисти и/или неравномерното им географско разпределение, липсата на свободен достъп до тях, нормативните и финансови ограничения чрез НРД оставиха пациентите без желаната по вид и обем специализирана помощ.

Пълният, проигран и познат за пациента до 1998г. цикъл на обслужване бе нарушен, но не бе предложен през годините усъвършенстван такъв.

Проблемите на болнично здравеопазване като най-скъпата част от здравеопазната система, е неделима част от състоянието, проблематиката и реформата на общественото здравеопазване и на доболничната помощ.

Лечебните заведения за болнична помощ, независимо от формата на собственост и съдебна регистрация, осъществяват лечебно здравеопазване, имат лечебна функция, насочена към подобряване и възстановяване на индивидуалното здраве, с т. нар. делим ефект за обществото.

Необходимостта от продължаване и усъвършенстване на реформата в здравеопазването е безспорна и има за цел:

*Да оптимизира взаимодействието между основните участници в системата на здравеопазването,*

*Защото:*

- Нарушен е балансът на интересите на потребителите и изпълнителите;
- Нарушен е балансът на интересите на изпълнителите от различните нива на здравеопазната система и в самите нива /ЛЗ-лекар/
- Съществува недобра координираност в действията и неясно разпределение на отговорностите между изпълнителите на медицинска помощ на различни нива.
- Не са изработени и въведени дефинирани правила и механизми за координация и взаимодействие.
- Съществува липса на обективни критерии при договарянето на НРД за медицинска и икономическа целесъобразност.



## ***Реформата в болничната помощ се реализира в три направления:***

### **Структурна реформа на ЛЗБП:**

#### *Какво се случи?*

- Промяна в структурата на собствеността – поява на публичен (държавен и общински) и частен сектор;
- Преобразуване на ЛЗ и регистрацията по ТЗ;
  - Превръщането на ЛЗ в данъчни субекти, с годишен финансов резултат;
  - Регламентиране на свободен достъп до медицинска помощ на ЗЗОЛ.

#### *Какво не се случи?*

- Очакваното оптимизиране на лечебната болнична мрежа с поставено начало през 1998г., защото:
  - Бе извършено няколкократно механично намаляване на броя болнични легла във всяко ЛЗ, съобразно решенията на органите за управление /за държавни ЛЗ/ или собственика /за общински ЛЗ/, най-често обвързани с показателите на използваемост, а не с реална потребност.
  - Бе запазен сграден фонд, поземлен фонд, ДМА, които не се ползват от ЛЗ, но които ги обременяват с разходи за поддръжка, амортизационни отчисления, нормативно изискуеми одити и привеждане в съответствие с нормативни изисквания.
  - ЛЗ се регистрираха като ТД по ТЗ с различен уставен капитал, но без предварителна лицензирана оценка на своите активи.
- Намаляването на броя болнични легла в ЛЗ на даден здравен район (административна област) стартира, но не завърши и не постига желаният ефект на реструктуриране чрез:

- дефиниране на вида и профилирането на леглата, - технологичното им осигуряване
- кадрово осигуряване с лекари и медицински специалисти,
- което да е съобразено с:
  - демографска и социална характеристика на региона;
  - здравен статус на населението (раждаемост, заболяемост, смъртност);
  - доболнична осигуреност;
  - дефиниране на рискови фактори и групи;
  - инфраструктура на региона;
  - нехомогенността на съществуващите лечебните структури (ОПЛ, СИМП, ЛЗИБП и ЛЗБП);
  - не се проучиха актуално и не се задоволиха реалните потребности по региони от специализирана и високоспециализирана помощ;
  - не се регулира съобразно новите реалности консултативната помощ – районна, областна и национална.
- Очакваното преструктуриране на лечебната болнична мрежа не се осъществи:
  - Въпреки въведените пазарни механизми, защото разкриването на нови и частни структури най-често дублираха, а не допълниха съществуващия дефицит в болничната помощ по места;
  - Въпреки възможните административните механизми, съгласно актуализация на Национална здравна карта и постигане на регионален консенсус;
  - Поради неосъществена приватизация на лечебната болнична мрежа;
  - Чрез неактуализирана национална стратегия за развитие на спешната медицинска помощ (на колела и в центрове);
  - Чрез проведената акредитация на материалната база

и оборудване на лечебните заведения и организация на дейността им;

- Чрез невъзможност за формиране на икономически целесъобразни ЛЗ, което доведе до декапитализация на ЛЗБП поради финансов дефицит и невъзможност от обновяване на сграден и технологичен фонд.

*Какво трябва да се случи?*

- Да се въведе нова здравна карта на страната, отговаряща на потребностите на населението, особеностите на регионите и наличните ресурси при постигнат национален политически и обществен консенсус.
- Да се реструктурира болничната помощ след строга и компетентна аналитична преценка по региони с цел:
  - Прекратяване на лечебни заведения, с доказана медицинска и финансова неефективност;
  - Преобразуване на болници в друг вид, с цел оптимизиране на дейността и съобразно потребностите на населението (диспансери, хосписи, дневни стационари, ЛЗБП за рехабилитация и продължително лечение);
  - Създаване на механизъм за финансиране на тези структури и дейности;
  - Обособяване на извънболнични структури с легла или спешни центрове по места, където отсъстват или не функционират ефективно болничните лечебни заведения;
  - Ясен регламент на спешната и неотложната помощ по отношение на достъп и ангажиментите на всички доболнични и болнични звена "по пътя на пациента";
  - Стартиране на приватизацията като механизъм за структурна реформа и като инструмент за реално реструктуриране чрез подобряване на качеството на медицинското обслужване и по пазарни механизми, определено от търсенето на услуги и реалните потребности на населението.

**Икономическата реформа** е основна движеща сила на всички преобразувания поради:

- Формиране на пазарност в отношенията на три автономни субекта: "потребител", "производител" на здравни услуги и "посредник".

*Какво се случува?*

За производителя /ЛЗ/:

- Изискванията за своевременност, качество и достатъчност на болнична помощ при недостатъчен финансов ресурс и хронично недофинансиране на дейности се оказваха трудно изпълними.
- Нормативно вменени дейности на ЛЗ (ОТХ, съдебна медицина, консултации и диагностика в спешен порядък, диспансерни дейности без леглова база, ТЕЛК, хемодиализа и др.) не се финансираха адекватно.
- Различният старт по време на реформата в доболничната и болнична помощ създаде предпоставка за диспропорции във финансирането на системата на здравеопазване и за напрежение сред изпълнители и потребители на медицинска помощ.
- Поява на "псевдо"- конкуренция и нелоялна конкуренция на всички нива, вкл. лечебни заведения за болнична помощ с едни и същи изпълнители на медицински услуги.
- Равнопоставеност на публичните и частните ЛЗ при сключване на договор за дейност с НЗОК, ДОФ.

За потребителя (пациента):

- Нормативно регламентиран свободен избор за пациента/отпадане на райониране.
- Реално затруднен достъп до малък брой налични специалисти с профилна специалност (листа на чакащи отдалеченост, социален статус, само частен прием и др.)
- Регистрация на пациентски организации.
- Включване на същите с квота в акредитационен съвет при МЗ, съгласно Нар.18/20.06.2005 на МЗ.

### *Какво не се случи?*

За производителя (ЛЗ):

- > Не се увеличиха значително публичните средства от БВП за здравеопазване през годините.
- > Ежегодният абсолютен ръст на финансовите средства за ЛЗБП не бе обвързан с принципи на разпределение и не намери измеримост в обема и качество на извършените медицински услуги в болнични условия.
- > Не се постигна ръст на удовлетвореността на пациентите от дейността на ЛЗ.
- > Не се постигна реципрочност между повишеното натоварване и отговорности на болничните изпълнители и очаквания ръст на трудовете им възнаграждения.
- > Не се гарантира колаборация във всички звена по обгрижването на пациента с регламентирани ангажименти - това създаде дисбаланс в натоварването на структури с идентична дейност на територията на една област.
- > Не се усъвършенства модела на здравно осигуряване (преминаване към фондово здравеопазване).
- > Не завърши изграждането в цялост на система за осигуряване на качество, чрез:

Приемане на:

- > Медицински стандарти за всички клинични специалности;
- > Правила за добра медицинска практика;
- > Програма за Продължаващо обучение;
- > Сертифициране и лицензиране на медицински дейности;
- > Въвеждане на акредитация на КАЧЕСТВО в ЛЗ от независима институция;
- > Одит и контрол;
- > Закон за правата на пациента.

За посредника:

Запази се тристранно финансиране на ЛЗБП, при което:

- > НЗОК остана монополист като платец по НРД - 2005 за ЗЗОЛ.
- > НЗОК като договорна страна определя изискванията за апаратно осигуряване, квалификация на кадрите, допустимост на подизпълнител и др., които често не са съобразени с реалностите и възможностите на цели географски и административни региони, което реално оставя без възможност за навременна помощ населението там.
- > КП останаха финансиращ механизъм, вместо метод за контрол на качество.
- > НЗОК продължи да определя стойности на КП, без да се премине към ценообразуване.
- > НЗОК определя начин на контрол, вид и размер на санкция и др.
- > В сключването на договорите за болнична дейност изпълнителите на БП не участват в пряко договаряне за условията на договора.
- > Изпълнителите на БП не участват чрез свое представителство и при изготвяне на алгоритмите на КП и изискванията към договорните партньори.
- > МЗ остана като “втори” стълб в заплащането за дейност на ЛЗ, което беше необходимо като буферна функция за системата.
- > МЗ подобри методиката и увеличи броя дейности/групи заболявания/, по които ЛЗ получаваха средства за извършена и отчетена дейност.
- > Въведена бе единна месечна отчетна система към НЦЗИ, МЗ и НЗОК, с което бе въведен контрол при отчитане на болничната дейност.
- > ДОФ останаха с “кухи” договори и без осезаемо присъствие на болничния пазар в провинцията.

- > Реализираните кешовите плащания – останаха незначителна част от приходите за дейност в ЛЗ.
- > Извършените медицински дейности в спешен порядък и по КП за неосигурени лица, и/или при неизпълнен техен алгоритъм, не бяха финансирани от НЗОК.

*Какво трябва да се случи?*

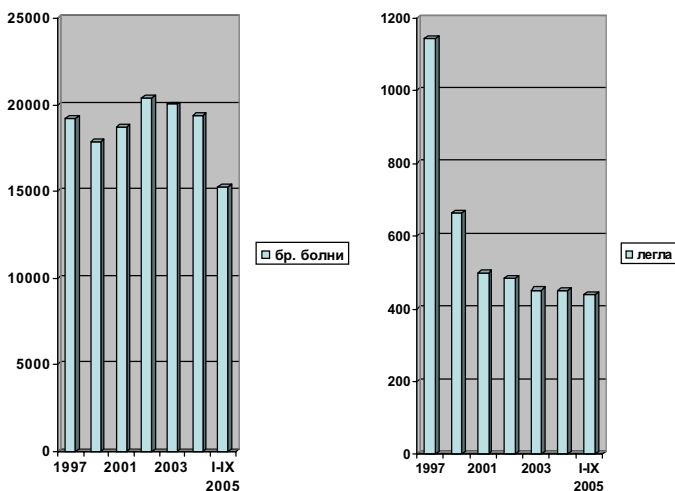
1. Поетапно въвеждане на единна система за финансиране от НЗОК при готовност на болничната система.
2. Увеличение на публичните средства за болнично здравеопазване при:
  - ясна национална и регионална стратегия за структуриране на болничната помощ и план за действие;
  - постигане на ефективност и ефикасност на разходите;
  - промоцията на здраве и профилактика на болестите да станат фокус на дейностите на здравната система;
  - ясна дефиниция на ангажиментите на доболничната помощ за дохоспитализационна подготовка .
3. Запазване на размера на задължителната здравна вноска, при подобряване на събираемостта.
4. Оптимизиране (основаващо се на опита от предходни години) на алгоритмите на т.нар. КП и адаптиране към наличните ресурси на болничната система, без компромис с качеството на мед. услуга.
5. Въвеждане на регламентирано доплащане от пациентите.
6. Регламентиране на "основен пакет медицински услуги" за ЗЗОЛ.
7. Регламентиране на финансирането на дейността на ЛЗ за оказване на медицински услуги в спешен порядък за здравнеосигурените лица и социално слабите граждани.
8. Създаване на единен регистър на информацията (национални здравни сметки), което позволява събиране, обмен и анализ на съвместима информация между основните играчи в здравния сектор - МЗ, НЗОК, НАП и др.

9. Пълно завършване на интегрирана информационна система в здравния сектор, която да позволява обмен на информация на всички нива в системата, като пациентът се явява в нейния център със своето медицинско досие. Въвеждане на електронни карти;

*Реформа на управлението:* постигната бе децентрализация и декоцентрация.

Нормативно уредената автономност на ЛЗ позволи различен мениджърски подход в управлението на медицинските и финансови ресурси, което доведе до индивидуални практически решения и резултати за всяко ЛЗ по отношение на организационна структура, функции, цели, инвестиционна програма.

През периода 1997 – 2005 г. «МБАЛ-Добрич» АД успя да постигне постепенно финансова стабилност, чрез оптимизация на сграден фонд, леглови фонд, численост на персонала и разходи за дейност, като постигна ръст на СРЗ при приключване на 2003- 2004 – 2005 год. без финансови задължения.

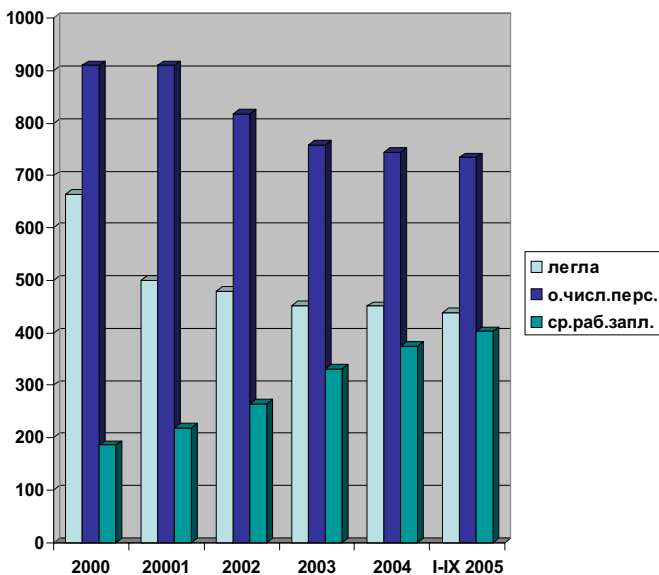


Брой преминали болни

Брой легла

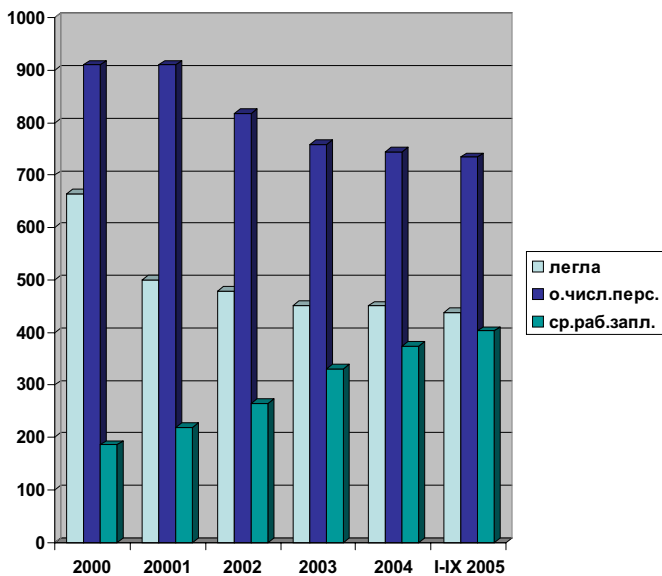
«МБАЛ-Добрич» АД - гр. Добрич



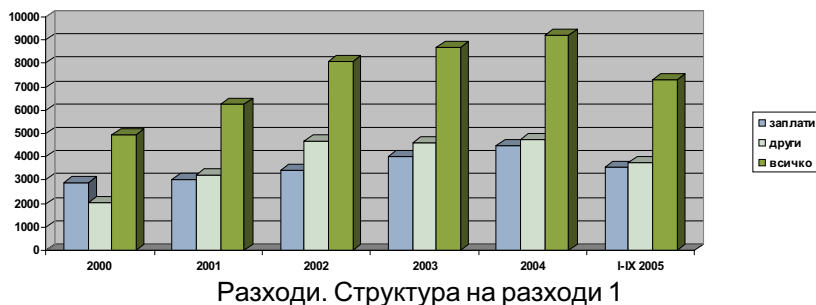
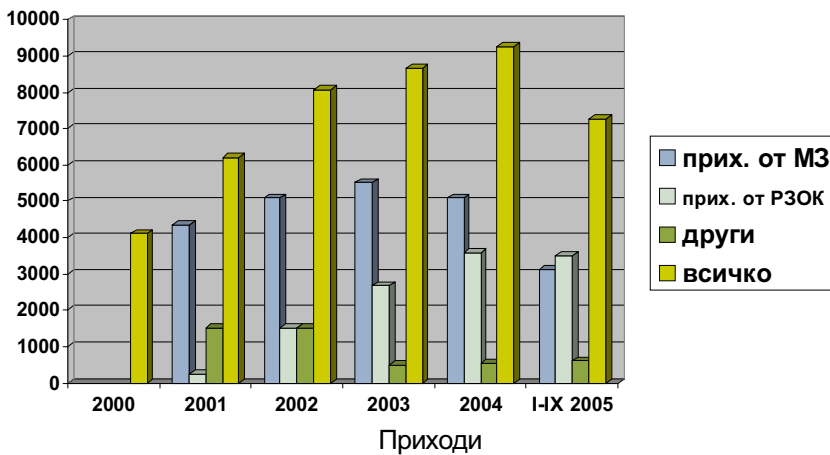
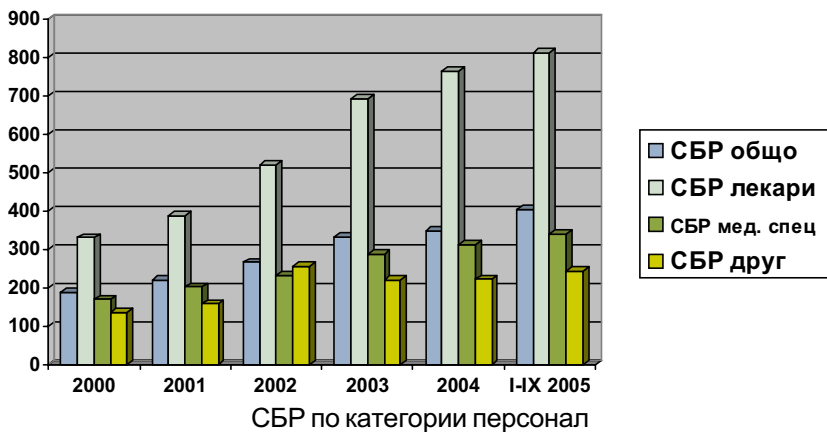


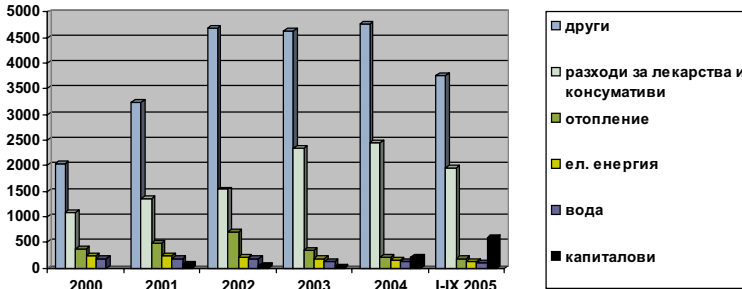
“МБАЛ-ДОБРИЧ” АД гр. Добрич

Леглови фонд, численост на персонала и средна работна заплата

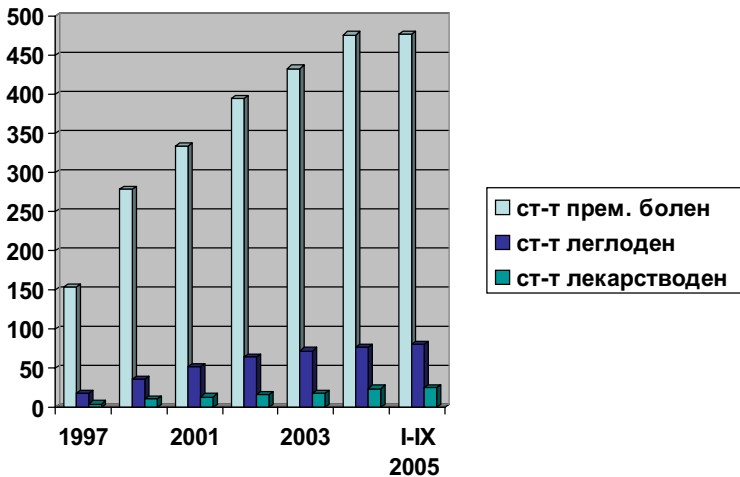


Численост и структура на персонала

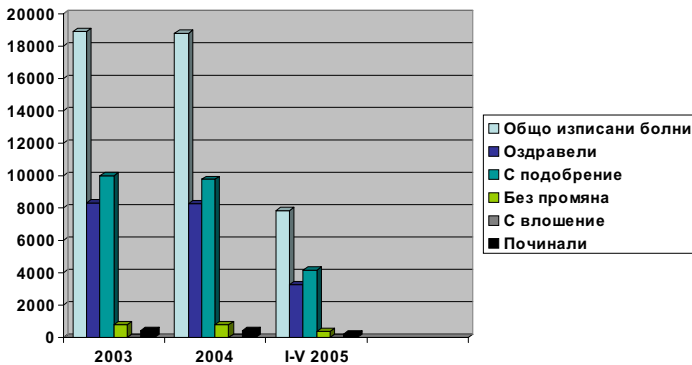




Разходи. Структура на разходи 2



Икономически показатели



Показатели за качеството на медицинската дейност

**Необходима промяна на действащата нормативна уредба, имаща пряко отношение към работата на лечебните заведения за болнична помощ**

**Предложения:**

*1. По Закон за местните данъци и такси*

а) ЛЗБП да са освободени от всички местни данъци и такси за услуги, оказвани от държавни учреждения и имащи отношение към обезпечаване на здравната услуга, дефинирана в ЗДДС, напр. РИОКОЗ, РИОСВ, Противопожарна охрана, ДТН и др.

б) Данък върху недвижимите имоти

Предлагаме за освобождаване от данък върху недвижимите имоти да бъдат включени имотите на лечебните заведения – държавна собственост, когато се използват за пряка лечебна дейност

в) Данък при придобиване на имущества по дарение и по възмезден начин

Към Раздел III – Данък при придобиване на имущества при дарение и по възмезден начин – в чл. 48 предлагаме промени, които да целят освобождаване от данък на държавните лечебните заведения за болнична помощ при придобиване на имущества при дарение.

Такса за технически услуги

ЛЗ с над 50% държавна и общинска собственост да бъдат включени в списъка по чл.106 за освобождаване от такси за технически услуги (резрешителни режими, скици, и др.)

*2. По Закона за лечебните заведения*

Предлагаме разпоредбите на чл.105, ал. 1 и 2 да се отнасят както за държавни или общински лечебни заведения – еднолични търговски дружества, така и за лечебните заведения, преобразувани по чл.101, ал. 5 от ЗЛЗ.

Целта на предлаганата промяна е: постъпленията от продажба или отдаване под наем на вещи на лечебното заведение да остават изцяло в заведението, като се ползват само за финансиране на лечебната дейност и за инвестиции, пряко свързани с предмета на дейност.

В настоящия момент само лечебните заведения – акционерни дружества внасят 50 % от постъпленията си от продажби или отдаване под наем на вещи по съответните направления – според собствеността си.

### *3. По Закона за ДДС*

- Предложенията са в две направления, в зависимост от обобщените данни за приходите и разходите в отрасъла и техния анализ:

1. Здравните услуги – облагаема сделка с намалена данъчна ставка или разновидност на това – /напр. както при отрасъл Туризъм/

2. За целите на ЗДДС здравните услуги да имат друга дефиниция. В техния обем да не се включват:

- дейностите по функциониране и поддържане на сградния фонд и прилежащите му терени;
- доставките, ремонта и поддържането на ДМА – медицинска и друга техника, машини и съоръжения, транспортни средства, компютърно оборудване и др.

Наличието на регистрация по ДДС на някои от ЛЗ за болнична помощ прави несъпоставими икономически показатели за еднакви периоди от време.

### *4. По Закона за корпоративното подоходно облагане*

- разходи за амортизации в **разходната** част на счетоводния отчет – след като разходите за амортизации не са елемент на цената на услугите в ЛЗБП, т.е. на приходната част на счетоводния отчет, следва ли да бъдат елемент на разходната му част. Нарушава се основния принцип на съпоставимост на приходи и разходи.

- ЛЗ да бъдат между тези юридически лица, на които се преотстъпва 100 % от корпоративния данък. Средствата от преотстъпения данък да се ползват за инвестиционни цели.

5. По Инструкция за образуване на средствата за работна заплата в търговските дружества – лечебни заведения с над 50 % държавно или общинско участие.

Инструкцията да носи повече от философията на Наредбата за образуване на средствата за работна заплата в търговските дружества с над 50 % държавно или общинско участие през 2005 година, т.е. водещ показател при формирането на СРЗ да е финансовият резултат на дружеството, дефиниран по реда на Наредбата и Инструкцията;

6. Инициране на промяна в Нар. 31/МЗ за следдипломно обучение и създаване на облекчен режим за специализация и следдипломна квалификация по основни и профилни специалности.

7. Промяна в ЗСОЛС и приобщаването на представители на изпълнителите на медицинска помощ като договорен партньор.

## **“Step by Step” или български крачки в здравеопазването?**

Д-р Стайко Спиридонов  
„Сдружение на болниците с частно участие”

Прието е, че една реформата се прави Step by Step. Ние считаме, че е дошло времето да се правят крачките и първите две вече са направени:

- одит от страна на собственика (принципала) към всички държавни и общински болници;
- един източник на финансиране (НЗОК);

Според нас обаче, ако това не се подкрепи с още няколко крачки, здравеопазването ще попадне в тежка зима.

### ***Какво трябва да направи ЗАКОНОДАТЕЛЯТ?***

Трябва да се намери решение за около 1,2 млн. неосигурени граждани. Те трябва да започнат да заплащат при нужда от здравни услуги, а ако са социално слаби, да се обяви кой ще заплаща за тях.

Необходимо е определяне на основен пакет дейности, за който НЗОК да може да заплаща 100% и пациентите да получат достатъчна медицинска помощ. Всички здравни услуги над основния пакет дейности да се доплащат от доброволни здравно-осигурителни фондове или от пациента, ако не е осигурен;

Трябва да се извърши и приватизация, но в никакъв случай немотивирана и хаотична!

## **Какво трябва да направи МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО като принципал?**

1. Да определи оптимален базов пакет за болнична и извън-болнична дейност.
2. Да осигури *реален* мениджмънт на лечебните заведения като търговски дружества, като при това те сами да определят своя капацитет на полезно действие, съобразен със здравната карта и заболяемостта в региона;
3. Да даде правото на лечебните заведения да имат възможност съобразно приходната част на база разходна част *сами* да сключват нови индивидуални трудови договори с медицинските специалисти и да определят заплатите им;
4. Да разреши на лечебните заведения и други дейности (не само медицински) по Търговския закон с оглед включването на някои финансови облекчения - ДДС, допълнителни приходи и др.;
5. Да осигури висок стандарт на акредитация, съобразен изискванията на ISO, предвид присъединяването на България към ЕС.

## **Активната роля на ПАЦИЕНТЪТ**

Пациентът не е пасивен участник в процеса на здравната реформа. Чрез своите изисквания и предпочитания той ще влияе активно на това кои лечебни заведения ще останат на пазара и кои ще бъдат приватизирани. Така в крайна сметка ще получи адекватна на своето заплащане медицинска помощ.



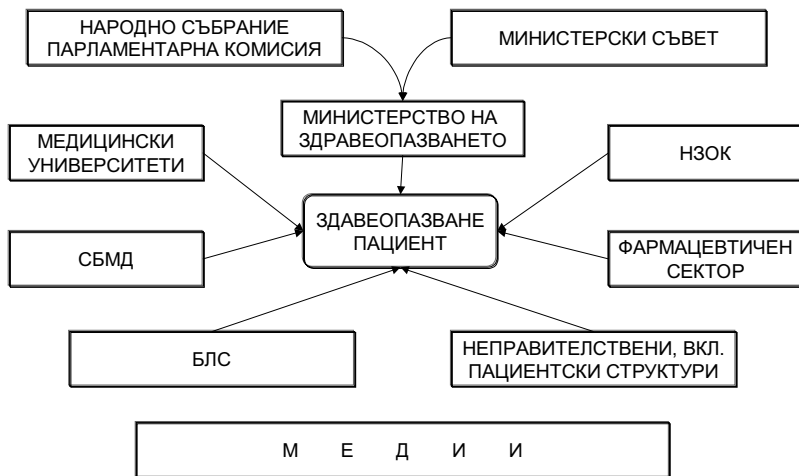
## Здравето на хората - национален приоритет

Проф. д-р Дамян Дамянов, дмн  
председател на Съюза на учените в България

Наличието на **Национална стратегия за развитието на здравеопазването в България** има основополагаща роля. Това е документът, който очертава краткосрочните и дългосрочните цели и задачи, които трябва да бъдат решавани от изпълнителите на здравни дейности, както и от управленските органи на всички нива. Като публичен документ в общественото пространство се появи през 1999 г. Национална стратегия и план за действие за периода 2000 – 2006 година, но тя не бе достатъчно популяризирана, остана неизвестна за мнозинството лекари, стоматолози и фармацевти. Липсва отчет за нейното изпълнение. Съгласно чл. 5 ал. 2 от приетия Закон за здравето, Национална стратегия за развитие на здравеопазването е необходимо да се представя от екипа на Министерството на здравеопазването ежегодно.

Здравеопазването и основният обект - пациентите, към които са насочени дейностите в полза на човешкото здраве, представлява център на интересите и действията на редица структури. **Като национална политика проблемите на здравеопазването се решават от едноименното министерство**, което провежда решенията на **Министерския съвет**, изпълнява нормативните документи, приети от Народното събрание, и отчита действията си пред Парламентарна комисия, **Народно събрание**, Министерски съвет и обществеността.

2006 г. бележи повратен период, когато **НЗОК** ще се превърне в безспорно водещата структура, от която зависят финансирането и контролът върху използването на средствата в полза на здравето на отделния пациент. Твърде много са дискусиябилните моменти върху взаимоотношенията на **фармацевтичния сектор** и във връзка с проблемите на здравеопазването.



опазването по отношение на ценообразуване и дистрибуция на лекарствени средства, сблъсък на фирмени интереси с бюрократичната система и пр. Важна е ролята на **медицинските университети** за подготовката на качествени здравни кадри – важно пред условие за добри резултати в здравеопазната дейност. Всички действия в полза на регламентиране, провеждане и контрол на продължаващото през целия живот обучение по медицина от здравните кадри, както и повишаването и контрола на тяхната професионална квалификация са важна настояща задача, в която са преплетени интересите на медицинските университети, СБМД, БЛС и самите изпълнители на здравна дейност. Сегашната реалност не предлага нито пълноценно, нито правилно решение на проблема. **СБМД** има задача да търси утвърждаването на професионалните гилдии и ролята на научните дружества като експертни структури, определящи професионалните стандарти за работа по отделните специалности и правилата за добра клинична практика в диагностиката и лечението на отделните болестни единици. **БЛС** има вече доста широко завоювани територии, част от които влизат в конфликт с интересите на други структури. Тепърва търсят място в процесите на здравеопазната дейност други **неправителствени** и особено па-

**циентски структури.** Безспорна е ролята на **медиите**, чието присъствие в общественото пространство е с няколко задачи: популяризиране на знания за здравето, информация, подкрепа и критика за правителствени и парламентарни решения, развитие на обществена дискусия по проблемите на здравеопазването, поместването на критични материали, но и такива, изтъкващи личните и групови заслуги на дейците в системата на здравеопазването.

В тази сложна схема от взаимоотношения са налице поредица от нерешени проблеми между включените в горната схема партньори. Ще се спра само на три такива проблема, които не изчерпват възможностите и наличието на много други дискусабилни и/или спорни въпроси:

1. **Национален рамков договор.** През последните 4-5 години Националният рамков договор придоби ролята на легитимен документ за регламентирани взаимоотношения между НЗОК и БЛС, утвърдени от държавата в лицето на Министерството на здравеопазването. В критичен аспект трябва да се посочи, че подготовката, обсъждането и приемането на този важен документ страдат от публичност пред индивидуалните участници в здравните дейности. Решенията не отговарят напълно на индивидуалните участници в здравните дейности, на интересите на различните болници, както и на отделните медицински специалности. НРД легитимира неадекватно финансиране на здравните дейности в национален мащаб. То води до уеднаквяване на цените в цялата страна. Наред с това става практика НЗОК ежегодно да сменя изисквания и подусловия към изпълнителите на здравните дейности, които създават ежегодно нови финансови и организационни напрежения.

От друга страна БЛС не е структурата, която има за задача да определя цени на здравните дейности и на лекарствата. Участието в подготовката и приемането на НРД на практика придава подобни функции на този съюз. Очевидна е необходимостта от директно договаряне между НЗОК и от-

делните болници. Това би позволило постигането на различия в цените, прецизиране на дейностите, изпълнявани в отделните болници, конкретизиране на изискванията към отделните болнични структури с ясна преценка за техните реални възможности и възпиране на стремежа за свръхдоговаряне. НЗОК в момента е задължена да се договаря с всички болници – това не е правилно и не отговаря на интересите на едно осигурително дружество, пък било то и държавно. Реална е необходимостта от разширяване на кръга на участниците в преговорите по финансиране на медицинските дейности, като се включат представители на съсловните организации по специалности. Техните интереси, изисквания и тежест са различни. Здравният министър трябва да бъде с позицията на реален арбитър при сключване на НРД, а не само с правата да го преподписва.

Назряло е времето за ново обсъждане на формата за национално договаряне. На условията за участие в преговорите, за разширяване на участниците в процеса на договаряне. Немалко са участниците в здравните дейности, които приемат че НРД изигра своята роля и трябва да се търси нова форма за договаряне, свързана със съответни промени в закони и нормативни актове.

**2. Лекарствоснабдяване.** България представлява малък пазар за фармацевтичните фирми. Около 90% от лекарствените продукти са монополни, т.е. имат единствен производител. Формирането на цените на лекарствата е фирмена дейност и лостовете за въздействие от страна на държавата са с ограничен периметър. Процесите на лекарствоснабдяването в момента са с незадоволителни прозрачност и ред при провеждането на търговете за снабдяване с лекарства. Налице са много публично или кулоарно известни примери за облагодетелстване или оторизиране на определени фирми срещу задоволяване на личен интерес. Заявена е констатацията на фармацевтите, че липсват т.нар. “клинични опаковки” за лекарства, предназначени само за болниците, а това е допълните-

лен фактор за повишаване на цените. Публичен факт са по-високите цени на лекарствата в България в сравнение с мнозинството от европейските страни. Очевидна е необходимостта от обсъждане на промени в системата на лекарствоснабдяването. Дискусия е необходима върху ползните и отрицателните страни на децентрализацията или обратно – на централизацията на снабдяването с лекарствени средства. Специалистите смятат, че децентрализацията на снабдяването би имала благоприятен ефект върху свалянето на цените. Не са малко предложенията за въвеждането на държавно регулирани цени или възприемането на пределно допустими цени, каквито примери има сред западноевропейските държави.

- 3. Продължаващо обучение по медицина.** Нерешените проблеми тук са между партньорите в здравеопазната дейност. Не са регламентирани ясно сегментите за участие в процеса на Continuous Medical Education на тези партньори – МУ/МФ, БЛС/ССБ, СБМД, МЗ и други лечебни и неправителствени структури. Не са разработени проблемите на продължаващата професионална квалификация (Continuous Professional Development). Не са разработени процедури за контрол и стимулиране на SME и CPD, опорочена е схемата на точкуване (кредитиране) на научните прояви с други дейности. Задача на МЗ като надведомствен и върховен държавен орган е да търси решение на въпроса. Целесъобразно е формирането на експертна работна група, която да намери рационално решение на базата на приетите закони и нормативни документи и да предложи документ, регламентиращ територията на участие на всеки от партньорите, да формулира стимулите и набележи система за контрол на придобитите знания, компетентности и квалификация.

Здравето на хората се формулира като национален приоритет, но това не проличава в бюджет 2006. Той се представя като балансиран бюджет на реалните възможности. В резултат на това възникват поредица от непопулярни задачи:

- строга финансова дисциплина в болниците, съответстваща на статута им на търговски дружества;
- оздравителни планове за болниците с превишени разходи;
- реструктуриране на болничния сектор;
- мерки за повишаване ефективността на здравната система у нас;
- непопулярни мерки за промяната на статуквото в здравната система и особено в навиците на изпълнителите;
- обсъждане на финансови проблеми: доплащане от пациентите; процент на здравната осигуровка; дял за здравеопазването в националния бюджет; решение за ДДС на лекарствата и др.

Тези проблеми изискват не само политическа воля, но и политически и национален консенсус.

Остро стои въпросът за **здравното осигуряване на повече от 1 100 хил. души** от групите: а) неосигуряващи се социално слаби хора; б) земеделски стопани; в) хора със свободни професии; г) хора, живеещи или работещи в чужбина. Не е ясно кой и как ще поеме разходите за неосигурения социално слаб контингент. В пресата вече циркулира идеята за формиране на “гаранционен” държавен или държавно-обществен фонд, средствата от който да покриват нуждите от лечението на тези болни. Очевидно е, че тяхното лечение трябва да става в държавни болници и тогава може да се развива като социална дейност, финансирана от НЗОК със специално предвидени средства или включени в специалния фонд. Назряла е необходимостта от ревизия на Пакета здравни услуги, като се преформулира минимален и основен такъв. Няма държава, която може да издържи на основен пакет здравни услуги!

В България трябва да бъде признато наличието на **неосигурени хора**. От тях особено тежка група формират крайно бедни, изоставени, самотни хора, инвалиди, психично болни, асоциални индивиди и др. В Испания минималният

пакет здравни услуги при такива пациенти включва осигуряването на болнично легло и одеяло, медицински грижи, система за вливане и последно причастие. Възприетите модели в европейските страни, САЩ и на други места предлагат възможни варианти за решение на този труден проблем.

Твърде несъвършена остава системата на здравното осигуряване в страната. В момента здравното осигуряване не е реален договор между осигуряван и осигурител. Нито една от двете страни не може да поставя свои условия. В сумата на здравната осигуровка не се предвиждат вариации като: а) част за ежегодно натрупване, представляващо добър стимул за осигуряващите, особено в млада възраст; б) шанс за по-висока здравно-осигурителна вноска за някои професионални групи по тяхно колективно искане; в) колективно използване на здравно-осигурително суми от членове на едно семейство. Средствата, които дават осигуряващите се, са непропорционални на здравните услуги.

Националната здравно-осигурителна каса остана държавно учреждение, а би трябвало да представлява самостоятелно национално здравно-осигурително дружество. В момента това е държавна служба със задължения и конюнктурна зависимост, която няма реални права на самостоятелно преговаряща институция. Това изчерпва възможността да се търсят **икономически стимули за ефективност**. Купувачът в пазарни условия се стреми да плати по-малко за по-добра стока. От друга страна у него има стремеж да закупи толкова, колкото му е нужно! НЗОК не работи със свои пари и няма стимул да ги пести. Касата има гарантиран приход от задължителни здравни вноски за всички български граждани! Пациентът има стимул да ползва повече здравни услуги, защото те не зависят от обема на здравната осигуровка, която плаща. Нобеловият лауреат Милтън-Фридман формулира пред президента Джордж Буш през 2002 г. няколко знаменателни извода:

- Ако харчиш собствените си пари за себе си, си загрижен за това колко и как харчиш;

- Ако харчиш свои пари за някой друг, все още те интересува колко харчиш, но в някаква по-малка степен те е грижа как се харчат тези пари;
- Ако харчиш парите на някой друг за себе си, не се интересува много колко харчиш, но много важно е как ги харчиш;
- Ако харчиш обаче парите на някой друг за някой друг, не те е грижа нито колко, нито как харчиш.

НЗОК в сегашния си вид отговаря на последния извод. Липсата на информационна система трайно затруднява дейността ѝ. В публичното пространство все още се очаква отговор и решение злоупотреби или лошо управление по първия проект на Световната банка доведоха до липсата все още на информационната система. Полезно би било да излезе ясна информация за изпълнението на втория проект по линия на Световната банка в тази насока.

По отношение на **реформата в болничната система** тежък проблем представляват реално недофинансираните дейности чрез клиничните пътеки (в размер средно над 40%). Въвеждането на последните доведе до нереална статистика на болничната патология, което от своя страна е условие за фалшиви прогнози и неадекватно планиране на финансови средства за следващите години. НЗОК се оформи като бюрократизирана система с липса на гъвкавост при решенията и контрола. За 2006 г. болниците трябва да работят по фиксирани обеми на клиничните пътеки, което създава риск при надхвърляне на допустимия обем дейности по отделните клинични пътеки с повече от 5-10%. Продължава порочната практика първоначално да се формира бюджет, а след това цените на клиничните пътеки да се напасват към параметрите му. Остават много нерешени проблеми със спешно болните. Предвижда се компенсираща финансовите проблеми консумация на средства от резерва на НЗОК, който би бил достатъчен само за 2-3 години.



Болничната здравна помощ е актуален момент в здравната политика, тъй като реформата в нея трябва да се проведе реално. Засега са налице натрупани проблеми, свързани с:

- дефекти поради разделянето на преобразуванията в болничното от болничното здравеопазване;
- възпитаване на болничните ръководства през последните 4-5 години в неадекватна финансова дисциплина;
- фаворизирано положение на някои болници със свръх привилегии (напр. извеждане на т.нар. Правителствена болница извън общите стандарти на здравната система;
- закъсняла приватизация на лечебни заведения;
- опорочена предходна акредитация на болниците;
- необявена цялостна концепция и стратегия за реформа в болничното здравеопазване.

Важен акцент е **преструктурирането на болниците**. То трябва да се базира на **нова здравна карта**, поставяща акцент върху областите или върху новите шест големи административни райони, на които се разпределя територията на страната. На практика няма спор върху необходимостта от съхраняването на държавни болници, общо 60-70 за страната, в лицето на университетски, национални, областни и малък брой общински. Като държавна политика за определени райони е обоснована необходимостта от “защитени” болници. Но като цяло се отлага радикалното отношение към общинските болници – решение относно техния брой по области/райони, критериите и вида на тяхното съществуване и вътрешно преструктуриране на отделения, финансовите условия, формулирането на социални програми и програми за преквалификация на персонала. В концепциите за преструктуриране на болниците различните страни използват няколко **модела**:

- а) закриване – реално; чрез сливане; чрез създаване на холдинги (тръстове);
- б) приватизация – социална или либерална схема;

- в) пазарни механизми (продължителен процес!);
- г) редуциране на легловия фонд (слаб икономически резултат!);
- д) **формулиране на стандарт за болници.**

Последният модел е използван при формулирането на европейски стандарти на базата на основни показатели, например леглови фонд. По-широко прието е изписването на стандарти, които дават характеристиката на една болница според нейния статут: университетска, национална, областна, общинска.

Няма съмнение, че редица налични проблеми в болниците поставят завършването на реформата като болезнен, но актуален и неотложен проблем. Сред тези проблеми бих включил: незадоволителната финансова дисциплина (предвижда се въвеждането на глобален бюджет на болниците); дискусията за бордовете за управление в медиите, която измести проблемите на здравната реформа; необходим анализ на структурата на дълговете за изясняване тежестта на отделните пера в бюджета; необходимост от информационна система във всяка болница и в национален мащаб; необходимост от нарастване на обслужващия медицинските дейности административен персонал; решаването на проблема с болничните ДКЦ, както и за мястото на спешната помощ, квалификацията на специалистите по спешна медицина и взаимодействията с болничните структури. Неясна остава формулировката за диспансерите – това извънболнична практика ли е, специализирана болница или част от многопрофилна болница?

Трябва да се отбележи, че частните болници представят полезни примери за сполучливо регулиране на финансовите потоци. Те, заедно с частните ДКЦ и частните здравноосигурителни фондове, се нуждаят от държавна и нормативна подкрепа, защото представляват добра алтернатива за 10-20% от населението.

Важна задача на Министерството на здравеопазването, на Парламентарната комисия по здравеопазване и на

участниците в здравеопазните дейности представлява решаването на проблемите на качеството. Чл. 80 от Закона за здравето гласи, че “качеството се основава на медицинските стандарти ... и правилата за добра медицинска практика...”. Разработването на медицински стандарти е задача на МЗ в съгласие с медицинските дружества, СБМД или националните консултанти. Това не е задача на НЗОК. Правилата за добра медицинска практика са смесена задача на СБМД и БЛС. Безспорно, че **качеството на медицинските дейности е:**

- а) резултат от качеството на университетското медицинско образование;
- б) последица от качеството на следдипломното обучение в двата му етапа – специализация и продължаващо обучение по медицина;
- в) резултат от контрола на качеството на здравните услуги – индивидуални изпълнители и лечебни заведения.

Специализацията е процес, който извън учебните занятия в МУ трябва задължително да се контролира от Министерството на здравеопазването. Липсата на **регистър на лекарите в МЗ** води до липса на реална информация какво е насищането по области, градове, общини и райони с лекари по специалности, по възраст, т.е. **липсва база за анализ и прогноза като държавна политика**. При това положение МЗ не може обосновано да предвиди и изиска адекватни финансови и други стимули, за да активизира специализацията по определени райони или по отделни специалности. **В много от областите на страната е предстояща кризата за лекари със специалност** по определени профили – патоанатомия, педиатрия и др. Особено остър е проблемът с общопрактикуващите лекари, за които не е създадена адекватна система от стимули, които да ги насърчават за получаване на специалност по обща медицина. Като цяло **липсва държавна политика за стимулиране на лекарите и здравните специалисти да повишават теоретичната и практическата си квалификация и компетентност!**

В момента в България контролът върху здравната система е на базата на определена група статистически показатели. Няма диференцирана оценка в национален мащаб на отделните здравни заведения. Няма **система за стратификация на риска** в зависимост от опитността на лекарите, работещи в отделните болници. Няма **система за отчитане на резултатите от дейността на общопрактикуващите лекари**. Системата за акредитация не се е превърнала в реален стимул за повишаване на качеството. В момента няма обвързване на квалификацията на изпълнителите на медицинската помощ с качеството на здравната дейност и услуги.

Здравната система в една социална държава трябва да бъде максимално достъпна. Това условие се формулира в чл. 81 от Закона за здравето. Там са представени принципите за **достъпност на медицинската помощ**, включващи: а) своевременност, достъпност и качество; б) равнопоставеност; в) сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения; г) зачитане правата на пациентите. В този дух остават нерешени проблеми като транспорт за социално слаби пациенти, политика спрямо отдалечени и трудно достъпни планински райони, зависимост на пациентите от някои формални (бюрократични) изисквания на НЗОК. Много добра възможност за подобряване на индивидуалния контрол върху здравната дейност и за самоконтрол върху достъпността би изиграло въвеждането на **индивидуална електронна здравна карта**, предвидено за изпълнение от правителството през настоящия мандат. Тази карта би поставила в ръцете на всеки пациент собствено решение за достъпа до здравна помощ, избора на изпълнител на здравната услуга, преценка за качеството ѝ, а наред с това тя се явява носител на конфиденциална медицинска информация за всеки лекар, включително в условия на спешност. По-бързото финансиране на програмата за въвеждането на индивидуална електронна карта в национален мащаб ще има благоприятно отражение върху здравната система и взаимоотношенията между участниците в нея.

Проблемите на здравеопазването в България през последната и през предстоящата година се решават в контекста на очакваната интеграция на България в Европейския съвет. Присъщото за българите отлагане на решенията и бързане в последния момент създава напрежение в здравната система през 2006 г. От една страна, кратките срокове изискват бързи решения и бързо преустройство, от друга – няма съмнение че тези решения трябва да бъдат добре обмислени, дългосрочни и последователни. В противен случай здравната система ще продължи да боледува. За успешната реформа в страната са необходими: качествено законодателство, нормално финансиране, остойностени услуги, заплащане за извършени дейности, въвеждането на стандарти за университетска, национална, областна и общинска болница, единна система за здравна информация, въвеждането на система за строг и безкомпромисен контрол върху дейността на изпълнителите и резултатите от тяхната здравна дейност.



# **ПРИЛОЖЕНИЕ**



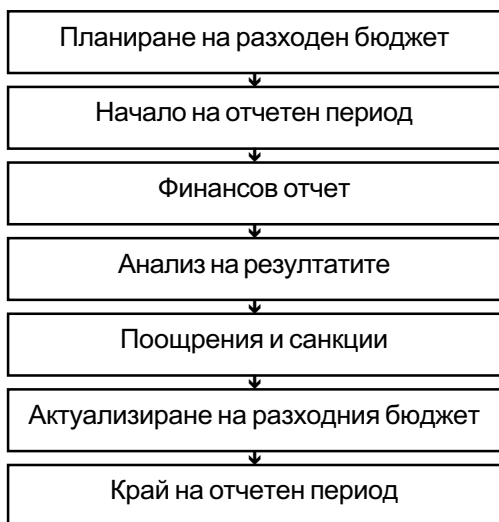


## Една идея за финансов мениджмънт на лечебни заведения на база на разходен бюджет

Д-р Стайко Спиридонов  
изпълнителен директор на “МБАЛ Хигия” АД и  
управител на “Хигия ДКЦ” ООД<sup>1</sup>

### ***Система за финансов мениджмънт<sup>2</sup>***

В основата на системата лежи постепенното оптимизиране на мениджмънта на лечебното заведение.



Първоначално, на база минал опит се планира изходен разходен бюджет.

След това резултатите от отчетния период се анализират чрез сравняване с предварително планираните и се вземат нужните мениджърски решения, включително поощрения и санкции на персонала.

<sup>1</sup> Лечебни заведения със 100% частна собственост

<sup>2</sup> Системата е разработвана 3 години и е в резултат на 15 годишни преки наблюдения и анализи

Следва актуализиране на разходния бюджет и започва нов отчетен период.

### **Планиране на разходен бюджет**

Разходния бюджет се равнява на стойността на единица медицинска дейност за единица време на единица болнична площ.

Планирането му започваме с определяне площта на звената, изграждащи лечебното заведение. Това ще ни бъде необходимо при по-нататъшното справедливо разпределяне на общите разходи.

След това трябва да определим *Капацитет на полезно действие* на всяко звено. Какво представлява той?

Сектор, звено	НЗОК		Кеш		Общо	
	Брой пациенти	Брой услуги	Брой пациенти	Брой услуги	Брой пациенти	Брой услуги
Медицински комплекс общо	5 870	5 400	1 965	1 388	7 835	6 788
ДКЦ общо	5 595	5 400	1 965	1 388	7 560	6 788
ДКЦ	5 595	5 400	1 965	1 388	7 560	6 788
МБАЛ общо	275	0	0	0	275	0
Хирургично отделение	140				140	0
Детско отделение	70				70	0
АГ отделение	65				65	0
ОАИЛ	0				0	

Разходите, направени за да функционират звената в лечебното заведение, разделяме на преки (т.е. извършени пряко в лечебния процес), и непреки. Размерът им определяме на база минали периоди, сезонност, предвиждания и други фактори.

Преките разходи от своя страна разделяме на няколко групи:

Лекарства
Медицински консумативи
Храна
Труд (непроизв. персонал - мед.сестри)
Други преки разходи

Аналогично и за непреките разходи групите са:

Амортизация	Комуникации
Кредити	ГСМ
Труд - АСЧ	Абонам. поддръжка
Отопл., вода, ток	Разсрочени плащания
Материали	Други непреки разходи

### ***Определяне на разходен бюджет на сектор***

Определянето му става по формулата:

$$\text{РБ} = \text{ПР} + \text{НР} \times \text{К}$$

където:

РБ - разходен бюджет

ПР - преки разходи на звеното

НР - непреки разходи за медицинския комплекс

$$\text{К} = \frac{\text{площ на звеното}}{\text{обща площ на мед. комплекс}} * 100 \%$$

### ***Финансов отчет***

Отчитаме финансовите показатели за всяко звено – приходи според източника на финансиране, и разходите, според показаната по-горе класификация, както и реално постигнатия капацитет на полезно действие.

### ***Анализ на резултатите***

Състои се в следното:

- Анализ на извършения обем дейности
- Мениджърски финансов анализ на база изпълнение на разходен бюджет

В резултат на извършения анализ вземаме необходимите мениджърски решения с цел оптимизиране работата на

лечебното заведение, например поощрения или санкции на персонала.

### ***Поощрения и санкции***

- При покриване изискванията на разходния бюджет % от изпълнението се разпределя за поощрение на съответния сектор
- При неизпълнение на разходния бюджет % от недостига се разпределя за намаляване работната заплата в съответния сектор

### ***Актуализация на разходен бюджет***

Ако е налице трайно отклонение между планираните и реалните показатели, може да въведем нужните корекции в разходния бюджет. Причините за това могат да бъдат:

- Промяна в индекса на инфлация
- Промени в цените на компонентите на преките и/или непряките разходи (медикаменти, горива, електроенергия, отопление и т.н.)
- Промени на *Капацитета на полезно действие*, свързано с:
  - промени в НРД
  - нови дейности
  - нови клинични пътеки
  - промени в здравната макрорамка
  - присъединяване към ЕС
  - очаквани промени в здравния статус на населението
  - сезонност на заболяемостта

### ***Заклучения***

Разглежданата мениджърска система за управление ни дава следните предимства:

- Възможност за оптимизиране на капацитета на полезно действие (КпПД) и гъвкавото му увеличаване или намаляване в зависимост от финансовите резултати
- КпПД се определя от разходния бюджет и маркетингов анализ на заболяемостта
- Пряк контрол върху разходите и прогнозиране на приходите за следващ период
- Възможност за разделно финансово управление на всички сектори и регулация на разходния бюджет
- Възможност за регулиране на работната заплата на медицинските специалисти съобразно изпълнението на разходния бюджет
- Възможност за планиране на закупуването на апаратура, техника и други ДМА



ЗДРАВЕТО НА ХОРАТА -  
НАЦИОНАЛЕН ПРИОРИТЕТ

Първо издание

**София, 2006 г.**

- © Фондация “Фридрих Еберт”, Регионално бюро София
- © Съюз на учените в България
- © проф. д-р Дамян Дамянов, дмн
- © Издателство на Съюза на учените в България

