



НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ НА ОБЩИНТЕ
В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

ЗДРАВНАТА РЕФОРМА – АНГАЖИМЕНТИ НА ОБЩИНТЕ

FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG

С финансова подкрепа на
фондация „Фридрих Еберт“

София, 2003 година

С 03 - 00182



Уважаеми читатели.

С удоволствие Ви представям това издание, което е резултат от изпълнението на проекта „Здравната реформа – ангажименти на общините“ на Националното сдружение на общините в Република България финансирано подкрепен от Фондация „Фридрих Еберт“.

По проекта съвместно работиха НСОРБ, представители на общински съвети – комисии по здравеопазването, ръководители и експерти от общинските администрации, както и директори на общински лечебни заведения и други специалисти.

Разработката е резултат и на широка дискусия с над 250 оторизирани участници от 103 общини.

Целта на разработката е да се подпомогнат местните власти при реализацията на здравната политика в Р.България, да се осмисли опита на страни – членки на Европейския съюз, и да се подобри нормативната уредба в здравеопазването, за да се създадат по-добри условия за участие и принос на общините в процеса на реформата. В този аспект тя е своеобразно посълание към изпълнителната и законодателната власт.

Изданието е подгответо от екип в състав: д-р Марин Пейчев – Председател на Специализираната комисия по здравеопазване на НСОРБ и председател на Общински съвет Сисистра; д-р Красимир Мирев – член на УС на НСОРБ, кмет на община Търговище; д-р Здравко Марков – зам.председател на Специализираната комисия по здравеопазване на НСОРБ, д-р на д-ция „Здравеопазване и социална политика“, община Варна; д-р Атанас Боянов – член на Специализираната комисия по здравеопазване на НСОРБ, зам.кмет на община Бургас; д-р Емилия Станчева – член на Специализираната комисия по здравеопазване на НСОРБ, зам.кмет на община Шумен; Ганка Госева – директор на дирекция „Финанси“, община Трън; доц.д-р Стефан Иванов – финансист, консултант на НСОРБ; Рада Паунова – юрист, консултант на НСОРБ; Станка Минчева – секретар на Специализираната комисия по здравеопазване на НСОРБ, координатор на проекта; доц.д-р Петър Цонов – редактор на изданието.

Изданието продължава добратата традиция да информира и да разширява кръга на темите, които представляват интерес за Вас с оглед конкретните Ви задачи и отговорности.

Ще се радвам, ако това издание Ви бъде полезно и ще Ви бъда благодарна, ако изразите мнения, предложения и бележки по поставените въпроси.

НСОРБ изказва специална благодарност на всички, които със своите идеи, съвети, предложения и препоръки допринесоха за успешната реализация на проекта.

*Ст.н.с. д-р Ганка Чавдарова
Изпълнителен директор на НСОРБ*

СЪДЪРЖАНИЕ

1. Въведение	5
2. Организация на медицинската помощ в някои страни от Западна Европа	13
3. Реформа на здравеопазването в страните от Централна и Източна Европа	24
4. Здравната реформа в Република България	28
4.1. Нормативна рамка	28
4.2. Етапи в осъществяването на реформата в здравеопазването	30
4.3. Финансиране на здравеопазването в преходния период	31
5. Място и роля на общините в реализацията на здравната реформа	34
5.1. Нормативна рамка	34
5.2. Роля на общините в процеса на осъществяване на реформата в доболничната медицинска помощ	35
5.3. Роля на общините в процеса на осъществяване на реформата в болничната медицинска помощ	38
5.4. Финансиране на общинското здравеопазване в преходния период	40
5.5. Финансовата децентрализация и реформата в здравеопазването	46
5.6. Добри практики (опитът на община Пазарджик)	49
6. Предложения за промени	52
6.1. Роля на общините за промени в законодателството	53
6.2. Примери	54
7. Приложения	59

1. ВЪВЕДЕНИЕ

СЪЩНОСТ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

Радикалните политически и икономически промени от началото на 90-те години, които се извършиха в страните от Централна и Източна Европа, имаха за цел да осигурят преход към демокрация и пазарна икономика и да утвърдят нови обществени ценности и отношения.

Световната здравна организация, чрез Люблянската конференция (1996 г.) предложи пакет от принципи и визии и препоръча технологии за внедряване и оценка на резултатите от здравните реформи.

В Люблянската харта най-общо бяха предложени следните принципи за развитие на здравните системи:

- **зачитане на ценностите**, човешкото достойнство, равнопоставеност, солидарност и професионална етика;
- **защита и укрепяване на здравето**, въз основа на здравна полза, ефикасност и ефективност;
- **центрираност към хората** – отчитане по демократичен начин потребностите от здраве и здравна помощ на населението;
- **фокусиране върху качеството** с цел непрекъснато подобряние на оказваната медицинска помощ;
- **гарантиране на стабилно финансиране** чрез осигуряване на ресурси в здравеопазването и предлагане на всеобхватна, достъпна и равнопоставена здравна помощ;

- **приоритет на първичната здравна помощ в рамките на добре интегриран здравен сектор**, осигуряващ на всички нива укрепване на здравето, профилактика, лечение, реабилитация и здравни грижи.

В международен план през последните 10–15 години реформирането на националните здравни системи обхвана повечето от икономически развитите страни в света. Необходимостта от здравни реформи се поражда от влиянието на редица специфични фактори:

Здравно-демографски – нарастване на относителния дял на възрастното население, увеличаваща се миграция, променящ се модел на заболеваемостта и влошаващо се обществено здраве;

Политически – утвърждаване на нова международна политика и норми на поведение в разрастващата се глобализация;

Социално-икономически – въвеждане на пазарни механизми, бързо нарастване на здравните разходи, здравеопазвана неравнопоставеност на оп-

Предпечатната подготовка на изданието е осъществена от
Издателска къща **МАЙ**

1000, София, ул., „Дикон Игнатий“ № 21, тел./факс 981 76 82

E-mail: may@techno-link.com

ределени социални, професионални и етнически групи, бързо развитие на медицинските науки и медицинските технологии;

Здравеопазни – неефективност на здравната система, неудовлетвореност от достъпността и качеството на здравната помощ, недоволство от здравните специалисти, от условията на труд и от заплащането в сферата на здравеопазването.

Провежданата здравна система, като сложен процес, включва приемането на нова законова рамка, нови организационни и технологични модели, както и механизми за наблюдение и контрол на резултатите.

В Р България, като демократично развиваща се държава, изборът на здравна система беше резултат от политическо решение, обществен консенсус и политическа воля, реализирана, чрез органите на законодателната, изпълнителната и местната власт.

В здравно-политически план трябва да се подчертая, че здравната реформа, осъществяваща се в Р България, има за цел да реализира в кратки срокове особено важен преход:

- от свърхцентрализация – към децентрализация;
- от несамостоятелност – към автономия;
- от администриране – към мениджмънт;
- от подчиненост – към участие;
- от централно планиране – към регионално и местно планиране;
- от наложени решения – към консенсус и преговори;
- от командно-контролирана икономика – към пазарна икономика.

ДЪРЖАВАТА И ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

Реформата в здравеопазването започна по законодателен път с приемането на пакет от три закона: Закон за здравното осигуряване (1998 г.), Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите (1998 г.) и Закон за лечебните заведения (1999 г.).

Измени се Законът за народното здраве (1971 г.), като се премахна забраната за частна лекарска и стоматологична практика. От 1996 г. започна създаването на Районните центрове по здравеопазване, като териториални органи на Министерството на здравеопазването.

Реформата се осъществява на два етапа:

- от 1 юли 2000 г. стартира новата организация на извънболничната

медицинска помощ и стоматологични услуги;

- от 1 януари 2001 г. започна реформата в болничната помощ.

Реформата продължава и налага, както приемането на нови закон, така и изменение и допълнение на вече приетите и привеждането на подзаконовите нормативни актове в съответствие със законовата рамка.

В периода 1995-1999 година бе извършена реформа и в центровете за спешна и неотложна медицинска помощ и разделянето на здравните заведения за доболнична помощ от тези за болнична.

ОСНОВНИ ПРИЧИНИ,

НАЛОЖИЛИ ПРОВЕЖДАНЕТО НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

Влошеното и влошаващото се здравно-демографско състояние на населението:

- трайна тенденция за намаляване на раждаемостта;
- нарастващо детската и общата смъртност и смъртността сред активното население (29-59 г.);
 - негативни тенденции:
 - отрицателен естествен прираст – депопулация (от 1990 г.);
 - нарастващо на: новообразувания, болести на органите на кръвообращението, инфекционни заболявания, травматизъм;

Доказаната неефективност на съществуващата система на здравеопазване:

- диспропорции в изграждането на здравната мрежа - наличие на хипертрофични, дублиращи се инерационно функциониращи звена;
- свръхсигуреност с болнични легла и високоспециализиран медицински персонал при недостиг на съвременна медицинска апаратура;
- неравномерно териториално разположение на ресурсите (финансови, кадрови) и затруднен достъп до тях.

– липса на система за управление на качеството на медицинската помощ.

Социално-икономически проблеми:

- държавен монополизъм върху здравните ресурси;
- финансиране на здравеопазването на „остатъчен“ принцип;
- финансиране на институциите и здравни мрежи, а не на медицински дейности с отчитане на конкретни резултати;
- неблагоприятните икономически условия и задълбочаващия се финансов дефицит в здравната система допълнително влошиха и ограничили използването на наличните ресурси.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

Главната цел на здравната реформа е подобряване на здравето на нацията. Постигането на тази цел трябва да стане с активното участие на цялото общество.

Общонационалният характер на реформата обхваща:

1. Приоритетно развитие на промотивно-превентивната здравна дейност:
 - реорганизация в дейността на ХЕИ;
 - разработване и изпълнение на национални и регионални програми за контрол и превенция на социално значими болести;
2. Реформа в лечебната дейност:
 - укрепване и разширяване на първичната здравна помощ и извънболничната специализирана помощ;
 - преструктуриране и оптимизиране на болничния сектор;
 - реорганизиране на специалната медицинска дейност;
 - подобряване на лекарствоснабдяването;
 - разработване на система за осигуряване и контрол на качеството на медицинската помощ;
 - осъвременяване на материалната база и медицинската апаратура;
 - създаване на условия за преквалификация и алтернативна заетост на здравните кадри;
 - реформа въз основа на финансирането на здравната система и въвеждане на задължително здравно осигуряване;
 - реформа в собствеността и управлението на лечебните заведения.

ОБЩИННИТЕ И ЗДРАВНАТА РЕФОРМА – АКЦЕНТ 2002 ГОДИНА

Дискусионен форум

През месец февруари Националното сдружение на общините в България организира дискусионен форум „Децентрализацията и ускоряването на здравната реформа“. Форумът се проведе в община Пазарджик и в него взе лично участие Министъра на здравеопазването.

На този форум беше поставена цел да се определят и защитят правата и отговорностите на местната власт при провеждане на здравната реформа.

Бяха направени предложения:

- Да се подгответ проекти за изменение и допълнение на действащата законова рамка с цел:
 - пряко участие на общините в контрола върху дейността на здравно-осигурителните каси;
 - достъпност на здравната помощ на цялото население на всички нива на системата на здравеопазването;
 - осигуряване на по-широк обхват, качество и реализация на медицинските гръжи;
 - рационално разходуване на средствата, целево събрани от данъкоплатци за здравеопазването;
 - участие на общините като страна, при сключването на Националния рамков договор;
 - участие на НСОРБ в Събранието на представителите на Националната здравноосигурителна каса;
 - въвеждане на пазарни механизми за ограничаване на монопола на Националната здравноосигурителна каса;
 - създаване на система, гарантираща плащане за实在но извършени медицински дейности, а не за брой пациенти;
 - създаване на законови гаранции за осигуряване на пакет от медицински услуги за селата, училищата и снабдяването с лекарства на малките населени места.
- Да се прочути и анализира практиката на общините в преходния период и да се популяризира положителния опит, чрез информационния бюллетин на НСОРБ и по друг подходящ начин.
- Да се преработи и актуализира Националната здравна карта, с активното участие на общините.
- Да се подобри взаимодействието по финансиране на здравеопазването между Министерството на финансите, Министерството на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса.

Кръгли маси

По въпросите за ангажимента на общините на здравната реформа бяха проведени *Кръгли маси* през месец юли в община Трявна и през месец октомври в община Минерални бани. Бяха дискутиирани проблеми, засягащи сега действащото законодателство, финансирането, управлението и контрола в извънболничните и болничните лечебни заведения, собственост на общините.

Обсъдиха се общински практики в областта на здравеопазването, резултатите от здравната реформа, ролята на местната власт – какво тряб-

ва да се предприеме, за да бъде по-активно участието на общините при провеждането на здравната реформа.

Комисии и работни групи

Проведоха се две срещи на контактната група на НСОРБ по въпросите на здравеопазването с ръководството на Министерството на здравеопазването и личното участие на Министъра на здравеопазването.

По предложение на контактната група бяха поставени за разглеждане следните **нерешени въпроси**:

- бъдещето на бившите 26 окръжни болници, след Решението на Конституционния съд на Република България за обявяване на противоконституционността на алинея 5 на член 101 от Закона за лечебните заведения;
- включване на представители на НСОРБ във Висшия медицински съвет;
- преодоляване на дефицита в болничното финансиране;
- регламентиране на ред и условия за взаимодействие между общините, Националната здравноосигурителна каса и Министерството на здравеопазването.

Активната позиция на общините предизвика интереса на **Постоянната комисия по здравеопазване при 39-тото Народно събрание**. Наложи се практика представители на НСОРБ да бъдат канени за участие в заседанията на Комисията, изискваща се мнения и становища по законопроекти за нови закони и за изменение и допълнение на действащи нормативни актове.

През месец октомври представители на НСОРБ взеха участие в първото заседание на **Междудомествената работна група „Преструктурiranе на болничното финансиране“** с участие на представители на Постоянната комисия по здравеопазване при 39-тото Народно събрание, Министерството на здравеопазването, Министерството на финансите, Националната здравно осигурителна каса, Българския лекарски съюз, Асоциацията на болниците, както и експерти от „Български здравен проект“ към Американската агенция за международно развитие. Работната група възприе предложението, направено от представителите на НСОРБ за сформиране на подгрупи по тематика и включи представители на общините във всяка от подгрупите.

През месец октомври на организираната Годишна среща на местната власт в курортния комплекс „Албена“ се състоя **Балкански общински парламент**, в който взеха участие представители на държави от Югоизточна Европа. Обсъдени бяха теми и беше споделен опита на държавите – участнички за:

- здравеопазването;
- социалните дейности;

- ангажиментите на местните власти.

Участниците се обединиха около основните принципи за повишаване на отговорността на местните власти при реализиране на здравната реформа: ресурсна обезпеченост; финансова децентрализация; автономност и отговорност; нормативни промени.

Предложения за промени в законодателството

През месец октомври НСОРБ подготви мотивирано становище по **Проекта за Закона за общественото здраве**.

В резултат на нарасналата активност на общините, на НСОРБ и на усилията на специализираната комисия по здравеопазването бяха реализирани някои цели, поставени с дискусионния форум в община Пазарджик „Децентрализация и ускоряване на здравната реформа“.

Общо в работата на всички форуми по проблемите на здравната реформа и ангажиментите на общините, организирани от НСОРБ и специализираната комисия по здравеопазването през 2002 година са взели участие 240 души от 103 общини – оторизирани представители на местната власт, ръководители и експерти от общинските администрации и изпълнителни директори на общински лечебни заведения за болнична помощ.

Създателите на здравната реформа недооцениха ролята на общините в реализациите на здравната политика. Вместо децентрализация на управлението на здравеопазването, по законодателен път бяха отнети правата за управление и собствеността на общински здравни заведения.

Медийни прояви

През 2002 година многостраницата дейност на НСОРБ беше отразена в: специални предавания по телевизионни програми; радиопредавания; столичния печат; ежедневници; специализирани медицински издания – списание „Социална медицина“, вестник „Летописи“ на Българския лекарски съюз и други периодични издания.

В над десет броя на „Информационния бюллетин“ на НСОРБ бяха публикувани подробни материали за проведените форуми и дискусии. На страниците на бюллетина бяха отпечатани различни мнения, бележки, примери за добри общински практики и предложения за повишаване ролята на общините в здравната реформа.

Предложения за промени в действащата правна уредба

Специализираната комисия по здравеопазването на НСОРБ предложи включване на шест представители на общините в Събранието на представителите на Националната здравно–осигурителна каса в Прекога за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване.

За първи път в състава на Висшия медицински съвет (консултативен орган на министъра на здравеопазването), беше включен представител на НСОРБ, член на Управителния съвет на Сдружението. По този начин за първи път представител на местната власт реално участва в обсъждането на здравната политика на национално ниво.

Изводи

1. Участието на общините в провеждането на здравната реформа е безусловно необходимо.
2. Местната власт е равнопоставен партньор на централната власт и отворено участва в здравната реформа.
3. При формирането на националната здравна политика и реализирането ѝ на регионално ниво съществена роля има НСОРБ. Това определено допринася за издигане авторитета на общините.
4. Стратегическа задача на НСОРБ е по-нататъшното развитие на процес, в диалог със законодателната и централната изпълнителна власт.

Трябва да се подчертва, че НСОРБ намери правилния път – най-широка обществена основа, чрез открит диалог. Предложените, които направиха общините за здравната реформа бяха запълочено обсъдени, обобщени и анализирани и формираха основните насоки в политиката на НСОРБ.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ В НЯКОИ СТРАНИ ОТ ЗАПАДНА ЕВРОПА

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ

Световната здравна организация в своя доклад за „Световното здраве – 2000 – здравни системи – подобряване на постиженията“ анализира здравните системи в 191 страни членки, в това число всички развити европейски държави. СЗО констатира, че най-добре е организирана здравната система в държавите, в които средната класа има относително висок дял и не са големи различията между много бедните и много богатите слоеве от населението. В доклада за световното здраве се отчита, че главните недостатъци в повечето здравни системи са следните:

- много здравни министерства фокусират вниманието си върху обществения сектор и често пренебрегват частния сектор в здравното обслужване;
- в много страни повечето лекари работят в обществения сектор като имат и частна практика. По този начин обществения сектор субсидира неофициално и частната практика;
- като правило правителствата не успяват да предотвратят „черния“ пазар в здравеопазването, където процъфтяват широко корупцията, подкупите и други незаконни практики. Черните пазари са причинени от не добре функциониращи здравни системи и ниско заплащане на здравните работници, като от своя страна допълнително подкопават тези здравни системи;
- много здравни министерства не успяват да наложат реда и условията създанени от самите тях.

МОДЕЛИ НА УПРАВЛЕНИЕ И ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВНОТО ОБСЛУЖВАНЕ В НЯКОИ ЕВРОПЕЙСКИ СТРАНИ

Скандинавски модел

При „Скандинавския модел“:

- общините носят пълната отговорност за здравното състояние и медицинско обслужване на населението си;

- общините финансират цялостната сидейност от събиране на общински данъци и такси.

Класически модел на Великобритания

Моделът има следните характеристики:

- централната институция (здравното министерство) носи пълната отговорност за здравното състояние и здравното обслужване на населението на страната;
- средствата за финансиране на здравните заведения се отпускат на здравното министерство от държавния бюджет.

Модел на ФР Германия

- Основна характеристика на здравеопазването е развитата и традиционно включена в националния бит система за здравно осигуряване;
- Управлението на здравеопазването се съобразява с утвърдената автономност както на осигурителните институции – болнични каси, така и на общините в отделните федерални провинции, характеризирани със силно местно самоуправление. **По този начин общината има ключова позиция в ръководството на здравеопазването.**

ПЛАНИРАНЕТО – ИНСТРУМЕНТ ЗА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА РЕГИОНАЛНАТА И ОБЩИНСКАТА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА

В развитите държави всички сфери на обществени отношения в т.ч. и здравеопазването се характеризират с планиране, при което се прилагат методи, адекватни на условията. Планирането позволява по-лесно да се преодоляват проблемите на развитието. Интересът към планирането в здравеопазваната система на тези държави се засилва особено след края на 60-те години във връзка с бързото нарастващо разходите в тази област, които все по-вече погълщат голяма част от брутния национален продукт.

В съвременните развити демократични системи органите на местното самоуправление са първостепенен фактор в процесите, свързани с планирането на здравеопазваната дейност и при осъществяването на социалната и здравна политика на съответната територия.

Процесът на планиране на здравеопазването се осъществява, чрез следните последователни стъпки:

- прецизиране на целите и ориентиране към резултатите от превантивните към лечебните дейности;

- ситуациярен анализ и дискусия по различните алтернативи за действия;
- разработване на проект за мерките, по които е постигнат консенсус между лицата и институциите – фактори за постигане целите на здравеопазването;
- оценка на разходите за посочените мерки и тяхното отношение към очакваната полза;
- дискусии по ефективността на разработените проекти (очаквани резултати и разходи). Участниците в здравеопазвания процес изразяват становищата си относно количествата (ресурси и дейности, цени) както и резултатите, които биха постигнали.

ЗДРАВНИ РЕФОРМИ В ЗАПАДНА ЕВРОПА

Реформите на медицинската помощ в Западна Европа се реализират отдавна в едни вече утвърдени системи на здравеопазване. Базисните проблеми при тях са решени, стремят се към висококачествена здравна помощ, като отделят за тази цел около 8–11 % от брутния вътрешен продукт. Въпреки това и те се сблъскват с редица проблеми, които стават причина да се търсят нови конструктивни решения.

Съвременните проблеми на европейските страни са в осигурителните системи в обществения сектор на здравеопазването, които могат да се обобщят:

- свръхизползване на здравни услуги, което води до инфлация на здравните разходи;
- финансов дефицит, който поражда потребност от увеличаване на размера на осигуряваните и от по-широко държавно субсидиране на социалните здравноосигурителни системи;
- недостатъчна конкурентоспособност на финансирането. Липса на конкуренция между частни и обществени здравноосигурителни фондове;
- здравните разходи са по-тясно обвързани с доходите, а не с потребностите, което намалява личната отговорност за здравето и засилва мотивите на осигурените за необосновано използване на здравни услуги.

Както се вижда и съвременна Европа, към която се стремим има своите проблеми в здравеопазването, което е в процес на непрекъснато усъвършенстване и реформиране.

Главните направления на реформи в осигурителните системи в Западна Европа са насочени към:

- по-успешна здравна политика за ограничаване и контрол над разходите;
- глобализация на различните системите за здравно осигуряване;
- въвеждане на пазарни модели с възможност за държавно регулиране за по-справедливо разпределение на риска между осигурителните органи.

От гледна точка на насоките и получените резултати от реформите, държавите от Европейския съюз може да бъдат разграничени в две групи:

- **първа група:** Германия, Франция, Белгия, Холандия, Люксембург и Австрия – това са държави, в които доболнничната помощ е развита в фази на първична и на специализирана помощ;
- **втора група:** държави с много добре развита първична помощ, а консултацията по специфични проблеми на пациенти се прави от специалисти, които работят в болниците.

Финансирането в тези две групи държави също е различно. В страните от **първата група** са изградени **социални системи** на здравно осигуряване, които са независими и формират своя фонд от вноски, със съответно участие на работодател и работник. Държавите от **втората група** формират своите фондове от данъците.

Заплащането на специалистите в различните страни е различно. Има три основни начина за заплащане на специалистите, които често се комбинират.

Най-старата система за заплащане на лекарите – това е плащане за медицинска услуга. Всяка услуга си има своя цена (такса) и всяка услуга се заплаща в зависимост от извършеното от лекаря.

Друга система е капитацията (по брой записани пациенти). Тук не играе роля посещението на индивида при лекаря, а се има предвид, колко души обслужва в своята практика.

На практика съвременните системи на капитация са смесени.

Системата на заплащане в първичната помощ на база „услуга“ е заложена при лекарите в здравните заведения в скандинавските държави. Заплащането „за услуга“ кара лекаря да работи много, но има опасност да се продуцират прекомерно много услуги. При тази система доболнничната помощ трудно се организира, защото административната структура, която финансира, трябва да осигури контрол над разходите, но такъв контрол трудно се осъществява. По-удобна е системата на капитацията. При тази система се знайт нужните средства за първичната помощ, броят на населението, между което средствата ще бъдат разпределени. Може да се направи остойностяване на капитационната вноска, в зависимост от възрастовата структура на населението, тъй като различните групи имат различни здравни потребности. Тук административният контрол е по-лесен.

В съвременната европейска здравна политика има масова преориентация на акцента от болничната помощ към доболнничната помощ.

Болничното лечение е скъпо лечение и за това онези медицински и инструментални технологии, които могат да се изнесат в доболнничната помощ, икономически водят до по-ефективно функциониране на здравната система.

Промоцията на здравето се прави на локално равнище от лекарите, работещи в доболнничната помощ, което довежда до значимо повишаване на резултатите в здравното състояние на населението.

Пазарната ориентация в здравния сектор е мощен стимул за подобряване на качеството на здравното обслужване, за намаляване на производствените разходи и помага за гъвкавостта на първичната здравна помощ.

КОНКРЕТНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В НЯКОИ СТРАНИ ОТ ЗАПАДНА ЕВРОПА

Всяка страна се характеризира със свои специфични особености на организация и управление на доболнничната медицинска помощ и затова ще се спрем на някои от тях:

Белгия

В Белгия системата на здравеопазване е плуралистична. В нея частният сектор играе важна роля, тъй като **заедно с обществения сектор взаимно се допълват и получават** сравнително равностойни ресурси за работа. Медицинската помощ се осъществява от лекари, работещи на свободна практика, обществени здравни организации (в по-голямата си част подчинени на местните власти) и от доброволни здравни организации, работещи на обществени начала.

В Белгия съществува различие във финансирането на лечебната дейност и профилактиката. Лечението се финансира от здравноосигурителната система, а профилактиката – от държавата.

Първичната здравна помощ предимно се оказва от общопрактикуващите лекари – така наречените „**първо ниво специалисти**“. За 1000 жители от населението се пригражда средно 1,9 общопрактикуващи лекари, които са свободни да избират мястото на своята практика. По-голямата част от тях могат да установят домашна визита до 10-та или 15-та минута след повикването, тъй като 80 % от техните пациенти живеят в района, който обслужват. Повечето общопрактикуващи лекари са на частна практика и

техният труд се заплаща на принципа „такса за услуга“. Тук домашните посещения на пациенти са в най-голям обем в сравнение с останалите европейски страни. Те достигат съотношение 2:1, спрямо посещенията в лекарски кабинет. Не съществува традиция за групова практика.

В страната няма ясно диференциране между специалиста и общопрактикуващия лекар и затова първичната здравна помощ се оказва и от двамата.

Най-често специалистите оказват медицинска помощ в частни здравни заведения в града и в държавни лечебни заведения.

Стоматолозите и фармацевтите са добре разпределени на територията. Стоматологичните услуги са предимно частни.

Характерна за Белгия е системата за домашни грижи, в която домашната сестра оказва 70 % от медицинската помощ в дома на пациента. В тази система съществена е ролята на социалните работници и сестри.

Профилактиката е ориентирана към майчинството, грижите за децата, учениците и трудовата медицина.

Грижите за психично болните са организирани и финансираны от държавата.

Общите статистически данни, отразявачи състоянието на здравеопазването са дадени в следната таблица:

Население	10 339 млн.
Площ	30 513 кв. км.
Население на кв. км	538 души
БВБ	255 млрд. щ.д.
БВП на глава от населението	24 710 щ.д.
Здравни разходи	8,1 % от БВП
Брой пациенти на 1 болнично легло	120
Брой лекари	3,2 на 1000
Смъртност	10,4 на 1000
Раждаемост	12,6 на 1000

Дания

Това е страна със силно развита **децентрализирана здравна система**, отличаваща се с това, че болничната помощ е предимно обществена, а първичната медицинска помощ е основно частна. Първичната медицинска помощ се реализира от частни здравни институции и общопрактикуващи лекари, а се финансира от обществени фондове. Със специален договор между Асоциацията на общопрактикуващите лекари и **регионалните органи на управление на страната** е регламентиран броят на необходимите об-

щопрактикуващи лекари за всеки регион.

В страната частното здравно осигуряване е ограничено. Достъпът до общественото здравеопазване се подразделя на *две групи*:

- *Първата група* е задължена да избира семеен лекар в своя регион на живееене и получава първична медицинска помощ без заплащане. В тази група са 95 % от населението.

- *Втората група* се формира от пациентите, които желаят сами да си избират семеен лекар, който не е от техния регион и заплаща съответна част от разходите.

Тук общопрактикуващите лекари работят самостоятелно (37%) или в групова практика (63%). Заплащането се осъществява на принципа „такса за услуга“ или „на глава“. Обикновено един семеен лекар обслужва средно около 1700 души.

Стоматолозите работят в частния сектор на индивидуална или групова практика, като техният труд се заплаща от местните органи на управление на принципа „такса за услуга“.

Съществува пълна интеграция на здравните и социални грижи на местна основа.

Основни здравни характеристики се съдържат в таблицата:

Население	5, 248 млн.
Площ	43 069 кв. км.
Население на кв. км	121 души
БВБ	156 млрд. щ.д.
БВП на глава от населението	28 890 щ.д.
Разходи за здравеопазване за 1994 г.	6,5 % от БВП
Брой пациенти на един лекар	390
Брой пациенти на 1 болнично легло	175
Брой лекари на 100 000 души	289,13
Стоматолози на 100 000 души	87,97
Смъртност	12,6 на хиляда
Детска смъртност на 1000 живородени за 1977 г.	7,0
Продължителност на живота средно за двата пола	76 г.

Данните от таблицата ни позволяват да отбележим, че повечето пари, инвестиирани за здравеопазване в Белгия (8,1 % от БВП) спрямо Дания (6,1

% от БВП) логично са осигурили и по-добро здраве: смъртност за Белгия 10,4 спрямо 12,6 за Дания.

Холандия

Значително място в системата за здравни грижи в Холандия се отделя на амбулаторното обслужване от общопрактикуващите лекари и на домашното обслужване от медицински сестри.

Холандските лекари по обща медицина предоставят основните медицински грижи, а също така и насочват към специалистите или към болница. Те упражняват професията си самостоятелно, в групови кабинети или в здравни центрове. Заплащането на труда им е смесено: с годишен договор, договорирано заплащане на един обслужен пациент за обхванатите от задължителното здравно осигуряване и със заплащане на медицинска услуга за останалите пациенти.

Съществуват три професионални асоциации на национално равнище – на общопрактикуващите, на специалистите и на лекарите на трудов договор. Тези три асоциации са обединени в Холандско кралско дружество по медицина и включват дисциплинарни колегии, които са компетентни да оценяват поведението на медиките спрямо пациентите. Те не се намесват в отношенията между самите лекари – здравното министерство отговаря за контрола върху професионалната компетентност.

Характерно за страната е, че здравните грижи по домовете на пациентите са част от системата на първичната помощ. Това е медицинската помощ на хора, изписани от стационара, инвалиди и хронично болни. Съществува мрежа от **местни организации на националната асоциация за домашни грижи**, които оказват медицинска помощ по домовете.

Разходите за здраве, както и тези за трудова злополука и професионални заболявания, се покриват от различни видове здравни осигуровки.

Заетите в частния сектор с годишни доходи под определен лимит и пенсионерите по инвалидност плащат задължителни вноски в местните здравноосигурителни каси. Тези каси покриват разходите за хоспитализация, за медицински транспорт за т. нар. градска медицина и са под прекия контрол на държавата.

Държавните служители се ползват от собствена здравноосигурителна система. Другите работещи, с доход над определения, плащат направо за медицинските услуги или се ползват от частни здравни осигуровки.

Здравноосигурителните каси полагат усилия за овладяване на разходите за лекарства, като издават годишен терапевтичен справочник. Организират и срещи на лекари, фармацевти и медицински специалисти.

Въпреки редуването на различни политически сили, в страната е из-

вършена радикална промяна на здравната система, засягаща едновременно начина на финансиране и отношенията между финансиращи и професионалисти.

Главното в реформата е преосмисляне на качеството на медицинските услуги, и тяхната достъпност до всички, независимо от доходите.

Германия

Германия е федерална страна с 16 провинции, които имат различна територия, население и икономически статут.

По конституция това е страна със социално развито пазарно стопанство, което означава, че държавата и федералното правителство са задължени да осигуряват еднакъв стандарт на работа и живот в цялата страна.

На общините е поверена ролята да контролират този принцип на местно ниво и затова те играят важна роля в организацията и управлението на здравеопазването и по-конкретно – на първичната здравна помощ.

Здравната помощ се оказва равностойно от здравни организации с различен правен статут – държавни; ориентирани към печалба обществени организации; частни здравни организации.

Застрахователната система работи на принципа на солидарността. Здравната вноска е съобразена с размера на доходите, като хората с по-големи доходи поемат част от здравните разходи на други с по-малки доходи.

Финансирането на здравеопазването се осъществява по три направления: държавата, здравно-осигурителната система и частно здравно осигуряване.

Държавата финансира основно капиталовите разходи в болниците. Текущите разходи и бюджета на болниците се покриват от регионалните здравноосигурителни фондове.

Първичната здравна помощ обхваща труда на 74 000 общопрактикуващи лекари, които са членове на Асоциацията на общопрактикуващите лекари. Почти всички притежават разрешение от установената със закон здравноосигурителна компания. От тях 4100 лекари имат изключителни права за частна практика, възможна само за пациенти с частно застраховане.

Преобладава индивидуалната медицинска практика в първичната здравна помощ, но съществуват и около 1300 групови практики. Най-често груповата практика придобива форма на:

- асоциация на технологична основа, в която няколко лекари използват общо медицинско обслужване за диагностика и лечение;
- асоциация на лабораторна основа – лекарите използват обща лабораторна база;

- асоциация на болнична основа – членуващите лекари използват общи болнични легла.

Интересен аспект от организацията на първичната здравна помощ в Германия е функционирането на повече от 3800 самостоятелно изградени здравни организации, които се грижат амбулаторно за болните, инвалидите и старите хора. По-голямата част от работещите в тези здравни заведения са сестри, които обслужват пациентите по домовете им. Тези организации се финансираят от социалното осигуряване и общините на принципа „такса за услуга“.

Основни здравни характеристики се съдържат в таблицата:

Население	82, 190 млн.
Площ	357 039 кв. км
Здравни разходи	9,2 % от БВП
Брой пациенти на 1 лекар	370
Брой пациенти на 1 болнично легло	115
Брой лекари на 100 000 души	320,26
Стоматолози на 100 000 души	69,91
Смъртност	12,1 на 1000
Детска смъртност на 1000 живородени за 1997 г.	6,0
Продължителност на живота средно за двата пола	77 г.

Франция

Системата на френското здравеопазване се основава на задължително членство в здравноосигурителни фондове. От всички работещи хора се изиска да членуват в Националния здравноосигурителен фонд или в отделни осигурителни фондове, свързани със съответния отрасъл, в който работят.

Предлагането на здрави услуги от държавния и частния сектор е строго регламентирано от правителството, което събира вносите за обществено осигуряване и ги разпределя към различни фондове, определя заплащането на лекарите, оказващи първичната здравна помощ и утвърждава бюджетите на болниците.

Първичната здравна помощ се осъществява от общопрактикуващи лекари и от специалисти. При френските общопрактикуващи лекари е възмож-

но пациентът да се насочи директно към специалист, без преди това да е потърсили медицинска помощ от общопрактикуващия лекар. Заплащането се извършва конкретно на лекаря, извършил прегледа или друга медицинска услуга и само 70 % от разходите се възстановяват от социалното осигуряване. При наличие на застраховка е възможно 100 % възстановяване на разходите.

От 1980 г. лекарите във Франция получиха право да избират между две възможности за заплащане на техния труд:

- да получават заплата, договорена със социалното ведомство – така работят 77 % от общопрактикуващите лекари и 56 % от специалистите;
- да получават своето възнаграждение директно от пациента на принципа „такса за услуга“, а пациентите ще възстановят своя разход от социално осигуряване – 21 % от общопрактикуващите лекари и 35 % от специалистите.

Комплексната отговорност за здравното обслужване на населението носи държавата като цяло, респективно всяко **общинско ръководство**.

Основни здравни характеристики се съдържат в таблицата:

Население	58, 542 млн.
Площ	552 000 кв. км
Здравни разходи	9,4 % от БВП
Брой пациенти на 1 лекар	350
Брой пациенти на 1 болнично легло	107
Брой лекари на 100 000 души	279,98
Стоматолози на 100 000 души	67,85
Смъртност на 100 000 души за 1997 г.	414
Детска смъртност на 1000 живородени за 1997 г.	7,0
Продължителност на живота средно за двата пола	79 г.

Забележка: Данныте, които са посочени в таблиците в този раздел, се отнасят за период 1997 – 2000 година.

3. РЕФОРМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В СТРАНИТЕ ОТ ЦЕНТРАЛНА И ИЗТОЧНА ЕВРОПА

Реформите в Централна и Източна Европа се осъществяват в напълно различна макроикономическа и политическа среда в сравнение със Западна Европа. Те започнаха в условията на зараждаща се демократия и противища икономическа стагнация, реално обедняване на държавите и населението и сенчести икономически отношения. Тези общи макроикономически фактори затрудняват значително процесите на реформиране в здравеопазването в тези държави.

След 1990 година такива реформи извършиха Германия, Словакия, Унгария и други. Полша, България и Румъния изостанаха от този процес, но след 1998 година също направиха първите практически стъпки в тази посока.

Реформите в страните в преход се характеризират със:

- задължително здравно осигуряване и доброволно осигуряване извън него;
- целево финансиране на здравната помощ;
- продължаваща роля на бюджетното финансиране;
- независимост на финансирането от предоставянето на здравни услуги;
- правителствен контрол;
- един или повече здравносигурителни фондове;
- свободен избор на осигурителен фонд в повечето страни;
- универсалност на гарантирания пакет здравни услуги;
- осигурителни вноски в процент от дохода, пропорционално разделени между работодател и работещо лице;
- заплащане на вноски от държавата за неработещи лица;
- съобразяване с риска чрез централно преразпределение.

Германия

Най-бързата и драматична реформа беше цялостното преобразуване на държавната система на здравеопазването в бившата ГДР, към система на договорно социално осигуряване през 1991 г., след обединението на Германия.

Предишната система имаше централизирано държавно финансиране и осигуряваше пълни здравни услуги от различни специалисти в здравни центрове или поликлиники. Въпреки, че пациентите можеха да избират своите лекари, на последните се заплащаше щатна заплата. С реформата на системата, общопрактикуващите лекари в бившата ГДР могат да избират между

продължаване на щатното заплащане или преминаване към заплащане стойността на услугите, каквато е практиката в останалата част на Германия. В резултат много поликлиники бяха затворени и общопрактикуващите лекари започнаха да работят на самостоятелна практика.

В началото на 1991 г. федералното правителство прие Концепция за преструктуриране на поликлиниките по такъв начин, че те да отговарят на изискванията на пазарната икономика. Тази Концепция съдържа две основни изисквания:

- да се даде пълна финансова самостоятелност на поликлиниките по отношение на осигуряването и използването на финансовите средства, без да се разчита на бюджетни субсидии; финансирането да се извършива на базата на договор със здравносигурителните каси;
- за всеки лекар има две възможности: да излезе на свободна лекарска практика, или да работи като наст в новите структури на амбулаторната помощ.

В Концепцията е залегната идеята за връзки между новите корпорации и местните власти или с обществени здравни организации и други. Основната цел е бившите поликлиники да се превърнат в модерни здравни центрове за извънболнична помощ с икономическа стабилност, като се стимулират функции, ориентирани към пациента, с широк обхват от здравни дейности и услуги, подлежащи на обществен контрол.

Унгария

Интересното в унгарския опит е така наречената „функционална приватизация“. Това означава, че общопрактикуващите лекари наемат помещение в поликлиниките, заедно с оборудването въз основа на договор с общината, чрез който се гарантира и осигуряването на необходимия пакет от здравни услуги за дадения регион. Тази практика се отчита като успешна, но е под въпрос до колко за въобще да се запази ролята на общините в осигуряването на здравните услуги, необходими за гражданите им. Близките очаквания са автономността на общопрактикуващите лекари да нарасне, чрез намаляване на контрола от страна на общините. За осъществяване на тази „действителна приватизация“ е необходимо да се осигурят известни данъчни облекчения за общопрактикуващите лекари, чрез съответни нормативни актове.

Словашка република

С началото на здравната реформа през 1995 година започна и приватизацията в сферата на здравеопазването. Приватизацията касае най-вече първичната здравна помощ, а поликлиниките останаха обособени като самостоятелни структури за извънболнична медицинска помощ. Същевремен-

но с помощта на Програмата ФАР бе изградена схема за предоставяне на облекчен заем, чрез който лекарите от първичната и специализирана извънболнична помощ получаваха кредити при лихвен процент, по-нисък с 6 % от установения за страната. Заемът се отпуска за срок от 5 години и се получава срещу представяне на разработен бизнес-план. Целият този процес се ръководи от Министерството на здравеопазването.

Република Чехия

Реформата в здравния сектор започна през 1990 година в изпълнение на Национална програма за нова система на здравеопазването. Либералното начало на изпълнението на програмата доведе до стихийност през периода, липса на обучение на персонала за работа в новите условия, при изразена голяма самостоятелност на общините, без координиране на процеса на национално ниво.

В края на 1991 година здравните структури получиха юридическа и икономическа самостоятелност за сметка на намалената роля на общините.

След 1993 година Министерството на здравеопазването разработи административен ред за създаване на необходимите за населението здравни заведения, за да се осигурят достатъчен брой приватизирани и неприватизирани здравни структури във всеки един район на страната.

От изложеното до тук се вижда, че философията и тенденциите за преструктуриране на здравеопазването на водещите страни от Централна Европа, осъществяващи преход към пазарна икономика, са почти идентични.

На тази основа могат да се направят следните **по-важни изводи:**

1. Целите на реформата в здравеопазването в разглежданите страни са насочени към:

- подобряване на ефективността и ефикасността на процеса на оказване на здравни услуги;
- сигуряване на равен достъп до тези услуги;
- финансиране, базирано на извършена дейност;
- повишаване на личната отговорност за опазване на здравето (принцип на разпределените отговорности).

2. Контролирана приватизация

Осъществяването на този процес налага ясно да бъде определена степента на приватизация. Тя трябва да се разглежда като необходим инструмент за осъществяване целите на здравната политика, при публични процеси като се държи сметка за обхватта на приватизацията.

3. В процеса на преструктуриране на системата на здравеопазването водеща е ролята на държавата и общините, а не на НЗОК и на съсловните организации.

КОМЕНТАР НА ЧУЖДИЯ ОПИТ

При обсъждане на чуждестранните здравни системи и провежданите там реформи се налага да отчетем общата тенденция към глобализация на здравеопазваните проблеми. В цялостен план здравните реформи в развитите страни от Европейския съюз са **ориентирани към три основни цели:**

- предоставяне на по-добри възможности на пациента за избор на здравни услуги, отговарящи на съвременната медицинска практика с високо качество;
- ефективно ползване на ограниченияте ресурси в здравеопазването и търсене на ресурсоспестяващи технологии;
- достойно възнаграждаване на изпълнителите на здравни услуги, според обема дейности и резултат за подобряване на общественото здраве.

Наблюдавайки здравните реформи в Европа и отчитайки резултатите от тях, може да формулираме **важни общи за всички реформи приоритети:**

- предимство на първичната медицинска помощ, с гарантиране на основен пакет от здравни услуги;
- използване на диагностични и лечебни подходи и средства, безспорно доказали своята ефективност в доболничната и болничната медицинска практика;
- ориентиране към по-голям обем промотивни дейности и широко обществено партньорство за укрепване здравето на здравите хора;
- повицаване на отговорността на пациента за антирисково поведение и участие в планирането и реализирането на здравните грижи;
- засилване на контрола и отговорностите при реализацията на средствата за здравеопазване;
- съблудаване на пазарните механизми в управлението на ресурсите и повишаване на организационната управленска култура в здравеопазването.

Наред с посочените общи приоритети, успешното реализиране на здравната реформа се нуждае от съблудаване и на **следните организационни фактори:**

- плурализъм в подхода при реализиране на целите;
- положителен международен опит;
- балансирано въвеждане на структурни промени;
- широкочастие на професионалните организации на населението, чрез организирани дискусии за целите и задачите на реформата;
- етапно оценяване и анализи, от политическа и професионална гледна точка на резултатите.

4. ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

4.1. НОРМАТИВНА РАМКА

Въвеждането на новата система на здравеопазване беше наложено от необходимостта за промяна в действащата дотогава здравна система, която поставяше оказването на здравна помощ в пълна зависимост от:

- **държавния бюджет с централизирано държавно управление;**
- **ограничено ресурсно обезпечаване.**

Старата система се характеризираше с недостиг на средства за добро здравеопазване и липса на икономически стимули за по-ефективно устройство и функциониране на дейностите.

Здравната реформа започна при действието на:

ЗАКОН ЗА НАРОДНОТО ЗДРАВЕ – урежда обществените отношения във връзка с опазване здравето на населението. Има за цел да съдейства за създаване на благоприятни условия за хармонично физическо и духовно развитие и дълголетен активен живот на гражданиите. Регламентира правата и задълженията на държавните органи, отговорни за формирането и провеждането на държавната здравна политика и видовете здравни заведения, които са публични и са самостоятелни юридически лица.

ЗАКОН ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ – целят на закона е да промени и постави на нова основа обществените взаимоотношения във връзка със здравната защита на населението.

Със здравното осигуряване се гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор със здравната каса.

Със закона се определя и размерът на вноската, внасяна от работодател и от осигурените лица в съотношение 75:25 (2002 – 2004г.).

Осигурителният доход, върху който се изчислява здравноосигурителната вноска се установява по ведомостите за трудово възнаграждение, болничните листове и изплатените помощи за безработни.

Здравноосигурителната вноска не подлежи на данъчно облагане. Работодателят плаща вноските единновременно с трудовите възнаграждения и обезщетенията за временно трудова нетрудоспособност. При изплащането на трудовото възнаграждение се удържа частта от вноските, които се дължат от осигурените и се превеждат по сметките на Националния осигурителен институт, който съгласно закона, събира тези вноски.

Със съвместни указания на Националната здравно-осигурителна каса и Националния осигурителен институт са определени редът и начина на представяне на необходимата за общините информация, относно размера на здравноосигурителните вноски.

Със ЗАКОНА ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ се преструктурира здравната система, чрез създаване на нов тип взаимоотношения вътре в нея и между нея и населението. Въвеждането на пазарните елементи при получаването на здравните услуги е замислено, като гаранция за по-пълно задоволяване на здравните потребности на населението и подобряването на качеството на медицинските услуги.

Основна цел на този закон е извършване на структурни промени в системата на здравеопазването, с цел окончателното въвеждане на здравното осигуряване.

Законът въведе нова номенклатура за здравните заведения. За първи път са регламентирани лечебните заведения, в които се осъществява първична здравна помощ.

Разграничават се секторите на доболнична и болнична помощ. В областта на доболничната помощ настъпи разграничение между първична и специализирана доболнична помощ.

Създават се реални условия за стартиране на здравната реформа в първичната здравна помощ и съвеждането на индивидуални и групови практики на общопрактикуващи лекари.

Реформата в специализираната доболнична помощ създаде условия за освобождаване на доболничния сектор от несвойствени за него медицински услуги. **Законът регламентира сроковете за преструктуриране и преобразуване на лечебните заведения.**

Индивидуалната практика за първична медицинска помощ и **индивидуалната практика за специализирана медицинска помощ** се осъществяват от физически лица – лекари и стоматолози, регистрирани по Търговския закон, или по Закона за кооперациите.

За първи път в страната със ЗЛЗ се създаде възможност за разкриване на **хосписни лечебни заведения**, в които медицински и други специалисти да осъществяват продължително медицинско наблюдение, поддържащо лечение и специфични грижи за лица с хронични, инвалидизиращи заболявания и медико-социални проблеми.

Със ЗЛЗ се въведе ред и условия за приватизация на лечебни заведения за доболнична помощ, или обособени части от тях.

Създаде се система за **финансиране на доболничната и болничната помощ** през периода на стартиране на здравната реформа, чрез:

- средства от държавния бюджет;
- средства от общинския бюджет;
- средства от здравноосигурителната каса.

Характеристиките на модела, действащ понастоящем са:

- Министерство на здравеопазването носи непълно дефинирана отговорност за здравното състояние и здравното обслужване на населението в страната.
- Системата за ресурсно и финансово обезпечаване няма единен източник и ясни правила за натрупване, разходване и контрол от страна на пациентите.
- Общините носят относителна отговорност за здравното състояние и за медицинското обслужване на населението.
- Към днешна дата от реализацията на здравната реформа нито МЗ, нито общините разполагат с триадата „**отговорност – финанси – правомощия**“, която би била гаранция за ефективно управление.

4.2. ЕТАПИ В ОСЪЩЕСТВЯВАНЕТО НА РЕФОРМАТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

A. РЕФОРМА В ДОБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Промените в организацията и финансирането в доболничната медицинска помощ реално започна от 1 юли 2000 г. с формирането на дейността на общопрактикуващите лекари и обособяването на центрове за специализирана медицинска и стоматологична помощ. Дейността на лекарите от доболничната помощ бе нормативно определена с приемането на областните здравни карти като част от НЗОК.

B. РЕФОРМА В БОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Едновременно с направените първи крачки на реформата в доболничната медицинска помощ започна подготовката и за реформа в болничната дейност. В съответствие с разпоредбите на Закона за лечебните заведения и Наредб № 26 (2002 г.) и 29 (2000 г.) на Министерството на здравеопазването се пристъпи към актуализиране на структурата, дейността и вътрешния ред на болничните здравни заведения. Голяма част от тях бяха преобразувани в различни по смисъла на ЗЛЗ търговски дружества със заповед на Министъра на здравеопазването.

Оформени бяха следните основни видове болнични лечебни заведения:

Според продължителността на оказаната диагностично-лечебна дейност:

- болница за активно лечение;
- болница за доклеване и продължително лечение;
- болница за рехабилитация.

Според профила на извършената медицинска дейност:

- специализирана болница;
- многопрофилна болница.

В зависимост от начина на преобразуване по Търговския закон:

– **единично акционерно дружество (ЕАД)** – с капитал, собственост на държавата – болнични заведения към висшите медицински училища, специализираните държавни болници и центрове, санаториално-курортни и оздравителни заведения;

– **акционерно дружество (АД)** – с акционерно участие на държавата и общините, като собствеността на капитала се разпредели: за държавата 51%; за общините от областта 49%, разпределени пропорционално на населението им;

– **единично дружество с ограничена отговорност (ЕООД)** – публични здравни заведения – бившите районни болници, които бяха преобразувани като Многопрофилни болници за активно лечение и болници за доклеване и продължително лечение и бившите диспансери, преобразувани като диспансери или Специализирани болници за активно лечение.

4.3. ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В ПРЕХОДНИЯ ПЕРИОД

Реформата в здравеопазването е пряко свързана с начина на финансиране на здравните услуги.

Няколко са източниците, по които финансовите средства достигат до медицинските институции:

- Държавният бюджет;
- Общинският бюджет;
- Националната здравно-осигурителна каса;
- Други:
 - дарения от местни и чуждестранни юридически и физически лица;
 - собствени приходи от наеми, договори за медицински услуги и др.

В Таблица I са представени данни за дела на здравеопазването и на основните източници на финансиране в БВП (брутен вътрешен продукт) на страната. Основните резултати от анализа на данните могат да се представят по следния начин:

● През периода преди реформата (90-те години) дялът на здравеопазването в БВП се е движел между 3.7 и 3.9%. През годините на реформата този дял се покачва на 4%.

- До реформата общините са финансирали преобладаващата част от разходите за здравеопазване. Делът им постоянно намалява за сметка на увеличаване дела на държавата.

- През годините на реформата: първо, формира се нов финансиращ орган – НЗОК, който поема нарастващ дял от разходите за здравеопазване; второ, делът на общините спада рязко, докато този на държавата – сравнително по-бавно и по-плавно.

Таблица 1.

Дял на здравеопазването и на основните източници на финансиране в БВП

(в %)

	1990	1995	2000	2001	2002 програма	2003 проект
Здравеопазване в т. ч.	3,9	3,7	3,7	4,0	4,1	4,0
Държавни	0,9	1,4	2,1	2,1	2,0	1,7
НЗОК				1,4	1,5	1,9
Общински	2,9	2,4	1,5	0,6	0,6	0,4

Делът на здравеопазването в публичните разходи бележи бавен, но постепен ръст през целия период на 90-те години (вж. Таблица 2). В края на 2000 г. той достига 8,6%. През годините на реформата той продължава да нараства, като през тази и по проект за следващата година се предвижда да се стабилизира на 10,4% от публичните разходи.

Таблица 2.

Дял на здравеопазването в публичните разходи

в %

	1990	1995	2000	2001	2002 програма	2003 проект
Здравеопазване	5,8	7,6	8,6	9,9	10,4	10,4

През разглеждания период съществено се променя структурата на финансиране на здравните услуги (вж. Таблица 3). През периода до 2000 г. се

наблюдава процес на прехвърляне на финансиране на здравни заведения от общинските бюджети към Министерство на здравеопазването. Това води до промяна в съотношението във финансиране на здравеопазването между републикански и местни бюджети. В края на 2000 г. държавата финансира преобладаваща част от здравните разходи.

През годините на реформата в здравеопазването се наблюдава нов ръзък спад в дела на общините и сравнително по-слаб спад в дела на държавата. Новоформираната здравна каса поема финансирането първоначално на доболнничната, а впоследствие на здравните пътеки в болничната помощ. През следващата 2003 г. се предвижда тя да поеме почти половината от всички разходи за здравеопазване. Делът на общините спада до 10% от всички разходи за здравеопазване.

Таблица 3.

Структура на източниците за финансиране на здравеопазването

(в %)

	1990	1995	2000	2001	2002 програма	2003 проект
Здравеопазване в т. ч.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Държавни	24,3	37,0	57,2	50,8	49,4	42,8
НЗОК					33,8	36,8
Общински	75,7	63,0	42,3	15,4	13,7	10,1

Основните изводи от анализа на разходите за здравеопазване са:

- увеличение на дела на здравеопазването в БВП и публичните разходи;
- създаване на НЗОК, която поема все по-голям дял от разходите за здравеопазване;
- постепенно оттегляне на държавата от финансиране на здравеопазването;
- ръзък спад в разходите на общинските бюджети за финансиране на здравни услуги.

5. МЯСТО И РОЛЯ НА ОБЩИНТЕ В РЕАЛИЗАЦИЯТА НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

5.1. НОРМАТИВНА РАМКА

Със Закона за местното самоуправление и местната администрация (1991 г.) собствеността на лечебните заведения, с изключение на тези с национално значение (университетски болници, болници към министерства и МС, центрове за спешна помощ, психическо здраве и др.) премина към общините, на които беше предоставено и тяхното финансиране, чрез субсидии от републиканския бюджет и със собствени средства.

Общините са признати от Основния закон – Конституцията, като равнопоставен субект в управлението на държавата. Противоречивите и често измененияци се закони, на практика в редица случаи ги лишават от управленски правомощия в здравеопазването.

Задължението да финансират предоставянето на здравни услуги на населението контрастира с ограниченията им правомощия, създани с: откриването и закриването на здравни заведения; назначаването на директори и персонал за здравните заведения; формиране на размера на възнагражденията на заетите в здравеопазването.

Стартирането на здравната реформа се отрази върху лейността на общините в две основни направления:

- Общините започнаха да плащат здравноосигурителни високи.**

Със Закона за здравното осигуряване, от **общинския бюджет се финансират високите за:**

- осигурените, работещи по трудово правоотношение – въвеждат се процентни месечни високи върху облагаемия доход;

- социално слаби, безработни, които не получават обезщетение и за неработещите членове на техните семейства – процент от минималната работна заплата, установена за страната;

- лица, чийто работодател е общината, получаващо обезщетение за временно нетрудоспособност поради болест, бременност, раждане или гладане на дете – процент от обезщетението за времenna нетрудоспособност;

- лица без доходи, настанени в домове за деца и юноши, в домове за предучилищна възраст и в домове за социални грижи и приюти – процент от минималната работна заплата за страната;

- за майки, които ползват неплатен отпуск по Кодекса на труда – процент от минималната работна заплата за страната;

- задължително е във всяка община да се води регистър на здравоосигурените лица;

- Започна постепенно отпадане на дейности от общинско финансирание.**

В изпълнение на ЗЛЗ, заведенията за доболничната помощ (поликлиники, селски здравни пунктове и служби), се преобразуваха в лекарски практики, като **основна роля в този процес изиграха общините (1999–2000 г.).**

В изпълнение на ЗЛЗ се преобразуваха и бившите 26 окръжни болници в лечебни заведения – търговски дружества. През 2001 г. те преминаха на директно финансиране от **Министерство на здравеопазването.** Общинската собственост обаче беше вложена в капитала им по силата на самия закона, като 51% държавно участие и предизвика много спорове и сезиране на Конституционния съд, тъй като в тази си част ЗЛЗ наруши конституционни права на общините.

С обявяването на противоконституционността на ал. 5 от чл. 101 на Закона за лечебните заведения остана открит въпроса за статута на бившите 26 окръжни болници, който следва да бъде решен от Народното събрание, с приемането на нова разпоредба към Закона за лечебните заведения.

Законът дава право на **общините самостоятелно, или съвместно с други лица, да създават хосписи, като дружества с ограничена отговорност, или като акционерни дружества.**

Като ангажимент на общините извън болничните заведения осътава и финансирането на здравните кабинети по учебни и детски заведения.

При така маркираните **нормативни рамки стартира здравната реформа, с участието на общините.**

5.2. РОЛЯ НА ОБЩИНТЕ В ПРОЦЕСА НА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА РЕФОРМАТА В ДОБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Участието на общините в реформата на здравеопазването в доболничната помощ се характеризира със следните обобщени **изводи:**

1. Макар и с недостатъчното, а в някои случаи и формално участие на специалисти от общините, бяха съставени комисии за утвърждаване на областни здравни карти.

2. През 1999 година общините, съвместно с Районните центрове по здравеопазване и ръководствата на ОРБ извършиха отделянето на здравните заведения за доболнична помощ от структурите на болниците.

3. Преобразувани бяха АПЗЗ (поликлиниките) в общински търговски дружества. Въпреки, че в ЗЛЗ нормативно не бе уредено закриването на селски здравни служби и фелшерски здравни служби, през месец юни 2000 година реално те престанаха да съществуват и повечето от тях бяха превърнати в лекарски практики на общопрактикувачи лекари.

4. Ситуирани бяха медицински центрове – Стоматологични и ДКЦ. Според финансовите възможности на общините бе допълнена и обновена материално-техническата база, ремонтиран сградният фонд и адаптиран към нуждите на общопрактикувачи лекари /ОПЛ/ и медицинската дейност на центровете. За нуждите на ОПЛ и стоматологи бяха предоставени помещения и сгради, общинска собственост, извън поликлиниките.

5. Проведени бяха конкурси за избор на управители на медицинските общински дружества.

6. Бяха разкрити и обявени здравни кабинети в училищата. В изпълнение на Наредба № 3 от 2002 г. на Министерството на здравеопазването в тях бяха назначени средни медицински специалисти и проведени първите курсове за обучение и подготовка за новите им професионални дейности.

7. Извършена бе различна по мащабите си подготвителна и информационна дейност сред медицинския съсловие и гражданството за необходимостта от предстоящата реформа, първите очаквания от нейното приложение и в ход бяха решени много от възникналите проблеми.

Основните проблеми,

възникнали пред общините през този период са:

1. Комисите, създадени за формиране на областни здравни карти не разполагаха с обективни критерии за оценка на нуждите на населението от медицински услуги. Основната им дейност се изрази в желанието им да осигурят места на работещите в поликлиниките лекари, като общопрактикуващи лекари или специалисти в новосформиранные медицински центрове. В следствие на това в лечебните заведения – диагностично консултативни центрове, **не бяха предвидени специалисти, от които населението наистина имаше нужда** - хематолог, психиатър, паразитолог и други. Не бе осигурена възможност за трудова заетост на съкратените при преобразуването на поликлиниките средни медицински специалисти.

2. Разпределението на помещенията в сградите на поликлиниките между общопрактикуващите лекари и медицинските центрове протече трудно, поради необходимостта от финансиране на ремонтните работи за привежда-

нето им в съответствие със санитарно-хигиенните изисквания. За това допринесе и липсата на ясни и навременни указания от Министерството на здравеопазването и Българския лекарски съюз, основно ангажирани с хода на реформата.

3. Създаде се напрежение между общопрактикуващите лекари, ръководствата на медицинските центрове (ДКЦ) и общинските власти, поради неясноти при формирането на наемните отношения, нерегламентирани отговорности при разпределението и ремонтите на материалната база, както и поради липса на инициативност от страна на общопрактикуващи лекари.

4. В повечето места процесите на подготовката на необходимите документи, определящи собствеността и нейния вид, балансовата стойност на дългограйните материални активи и други, не бяха съгласувани с общински органи. Изключването на тяхното участие доведе до неуредици след преобразуването на поликлиниките, свързани най-вече с управлението на дейностите им и имуществото. В процеса на разделяне на доболничните от болничните здравни заведения преразпределението на медицинска апаратура и техника бе извършено необективно, едностранно изгодно и медицинските центрове в повечето случаи се оказаха с остатяла и недостатъчна диагностична апаратура.

5. От средата на месец юни до края на месец септември 2000 г. детските заведения останаха без достатъчно присъствие на средни медицински специалисти, което предизвикало силното недоволство на родителите.

6. Закрити бяха звената за неотложна медицинска помощ. Общопрактикуващите лекари не успяха да поемат тази отговорна дейност и буфер на този неуреден въпрос се оказаха специализираните центрове за медицинска помощ, които обаче не бяха достатъчно ресурсно обезпечени.

7. Стоматологичните кабинети в повечето училища бяха закрити, като неотговаряли на новите санитарно-хигиенични изисквания на Министерството на здравеопазването. Медицинската стоматологична техника бе иззета от стоматологичните центрове и в последствие голяма част от нея бе разпределена и бракувана.

Изброените проблеми биха могли да бъдат групирани по следния начин:

1. Организационно-административни

Те възникнаха в следствие на недостатъчната предварителна информация за предстоящия процес на реформата и неподготвеността на местните власти, населението и медицинското съсловие за основните етапи и отговорности за нейното реализиране.

2. Правно-нормативни

Нормативната база на реформата не отговаряше на целите и задачите и беше вътрешно противоречива. Съществуваха сериозни несъответствия в

някои от текстовете на Закона за лечебните заведения с изискванията на Търговския закон, Закона за общинската собственост, Закона за местното самоуправление и местната администрация и Конституцията на Република България.

3. Финансови

Общините имаха различни финансови възможности и това предопредели различната степен на участие при подготовка на материално-техническата база и сградния фонд на бившите поликлиники за адаптирането им към новите функции и санитарно-хигиенни изисквания.

Предварителната подготовка и старта на реформата бяха проведени при почти пълно игнориране на интересите, правата и отговорностите на местната власт.

Липсата на диалог между централните и местни власти бе предопределена от силната политизация на голяма част от ангажираните с реформата институции и неизбежно доведе до нейното силово приложение и възникване на обществено недоволство.

Не бе намерена достатчна управлена и политическа воля за своеизменна корекция на възникналите сериозни неудачи, изявени в хода на реализация на реформата.

5.3. РОЛЯ НА ОБЩИННИТЕ В ПРОЦЕСА НА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА РЕФОРМАТА В БОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Голяма част от необходимите за процедурата по преобразуването документи бяха подгответи от МЗ и несъответстваха на действителната воля на собственика – общината. Повечето общински съвети не взеха чрез свои решения отношение към акта на преобразуване, но продължиха да осигуряват финансиране на дейността на болничните общински лечебни заведения, съгласно чл. 106 от ЗЛЗ.

След преобразуването им, бяха проведени конкурси за избор на управлятели на общински лечебни заведения, съгласно изискванията на Наредба № 9 на МЗ от 2000г.

Докато правомощията и отговорностите на общините към управлението, финансирането и стопанисването на болничните заведения – общински търговски дружества, бяха ясно конкретизирани в Закона за лечебните заведения, то участието им като акционери в бившите Окръжни болници – АД след преобразуването, беше повече от символично.

Основно неписано задължение на местните власти се оказа създаването на всички необходими условия за работа на болничните лечебни заведе-

ния при прехода им към новия правен режим на съществуване и свързания с него нов начин на управление и финансиране.

Основни проблеми пред местните власти след преобразуване на болничните здравни заведения

1. Преобразуването на публичните болнични здравни заведения в общински търговски дружества не бе съобразено с реалните потребности на населението от медицински услуги и с възможностите на общинските бюджети да финансират дейността им. Това доведе до необходимостта част от малките Районни болници отново да бъдат пререгистрирани като друг вид лечебни заведения (например от МБАЛ в СБ за долеване и продължително лечение).

2. Наложените от Наредба № 9 от 2000 г. на МЗ изисквания в комисии за избор на управлятели на болничните лечебни заведения да присъстват представители на НЗОК, РЦЗ и МЗ, ограничили възможността на общинските съвети да използват правата си като собственици на капитала на търговски дружества.

3. Вменените от ЗЛЗ и Наредби № 26 от 2002 г. и 29 от 2000 г. на МЗ задължителен обем медицински дейности, които трябва да бъдат извършвани в общинските болнични лечебни заведения трудно могат ресурсно да бъдат осигурени от все по-осъздните общински бюджети. Дофинансирането от НЗОК по тъй наречените клинични пътеки, засега много малка част от бюджетите на тези лечебни заведения.

4. Общините нямат възможност да обновяват сградния фонд и техническата база на лечебните заведения. От друга страна общините, които са акционери в преобразуваните като АД бивши ОРБ, дори и да имат финансова възможност, са демотивирани да инвестират в дружеството, защото акционерното им участие се измерва не според вложените реали материални активи, а според броя на населението на общината.

5. Различният начин на формиране на доходите на лекарите от болничните и болнични лечебни заведения доведе до сериозен дисбаланс на заплащането на техния труд и до социално и съсловно напрежение.

6. В началото на 2002 година МЗ заяви своето управленско желание да се пристъпи към преструктуриране на болничната дейност, като за целта бе потърсена помощта и становището на общинските власти. Това доведе общините до конфликт между желанието им да запазят малките болници и невъзможността да бъде издържана финансово дейността им.

Изброените проблеми биха могли да бъдат групирани по следния начин:

1. Правно-нормативни

Няма ясни, категорични и достатъчни нормативни разпоредби за ролята и мястото на местните органи за гарантиране и защита правата на пациентите да получават ефективни и качествени медицински услуги по договорите с НЗОК и РЗОК.

Не бе дадена възможност на общините сами да решат правната форма на преобразуване на общинските болнични лечебни заведения. Този избор трябва да бъде направен след реална преценка на необходимия обем и вид на болничните медицински услуги за съответната община. Обявяването за противоконституционна ал. 5 от чл. 101 от ЗЛЗ доведе до създаването на излишно напрежение между ръководствата на общините, на чиято територия са разположени бившите ОРБ, управлението на тези лечебни заведения и Министерството на здравеопазването.

2. Финансови

Редуцираните общински бюджети са в невъзможност да финансират дейността на болничните лечебни заведения, предлагачи медицински услуги според сегашния им вид и дейност. Предвиденото дофинансиране на дейността на болничните лечебни заведения от бюджета на НЗОК закъсня във времето и не е реализирано далеч под предвидените равнища. Продължава порочната практика общински болнични заведения да обслужват населението на няколко общини, а да бъдат издържани от бюджета на само една от тях.

5.4.ФИНАНСИРАНЕ НА ОБЩИНСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В ПРЕХОДНИЯ ПЕРИОД

На този етап основен източник за финансиране на заведенията, регистрирани с общинско имущество остава общинският бюджет – около 80 % от издръжката на заведенията. Останалата част (средно около 20%) от средствата за болнични заведения с общинско имущество, се предоставят от НЗОК.

Ангажиментите на общинските ръководства, произтичащи от ролята им на финансиращ орган, са:

- утвърждаване с годишния бюджет на кредитите, допълвачи собствените приходи на лечебните заведения;
- утвърждаване на разходите за ремонтни работи, медицинска апаратура и други дълготрайни материални активи, извън целевите средства за капиталови разходи;
- предвиждане на средства за финансово оздравяване на обявените в несъстоятелност лечебни заведения за болнична помощ;

- съвместно финансиране на лекарствени средства за домашно лечение от НЗОК и общините;
- разчитане на необходимите средства в общинските бюджети по специалния закон за ветераните от войните;
- приемане на годишните отчети за изпълнение на финансовите планове на болничните заведения;
- текущо представяне на средства от общинския бюджет за болничните заведения и контрол по изразходването им.

Представянето на средства за болничните заведения от общинския бюджет се извършва на основание Решение на Общински съвет и след сключване на договор за предоставяне на медицински услуги по силата на чл. 106, ал. 3 от Закона за лечебните заведения.

5.4.1. Анализ и оценка на общинските разходи за здравеопазване

През годините до реформата в здравеопазването разходите за този сектор са били значителен дял от общинските бюджети. По размер те отстъпват само на разходите за образование. През 1990 г. техният дял е бил 23.8% от общинските бюджети. Покачва се на 30.6% през 1995 г., а през фактически първата година от реформата – 2000 г. спада на 20.6%, вследствие отпадането на доболничната помощ от общинско финансиране. През следващата 2001 г. от общинско финансиране отпадат ОРБ. Това намалява дялът на здравеопазването в общинските бюджети до 9.8%. През настоящата 2002 г. и проектът за 2003 г. дялът на здравеопазването се задържа на 8.9% от всички общински бюджетни разходи.

Представеният по-подробен анализ на общинското здравеопазване се базира на последните отчетни данни от общинските бюджети за 2001 г.

A. Междубщински различия в разходите за здравеопазване

Българските общини са твърде различни по брой на населението, размер на територията, селищна структура, географско местоположение и други основни характеристики. Всичко това влияе върху размера на средствата, които трябва да отделят за финансиране на здравни услуги на населението. По принцип, междуобщинските различия в здравеопазването са значително по-големи в сравнение с разходите за другите сектори, финансиирани от общинските бюджети. Те се увеличават значително след отпадане на доболничната помощ през 2000 г. Преминаването на ОРБ на директно финансиране от Министерство на здравеопазването намали значително здравните разходи на големите общини.

В Таблица №4 са представени различията в разходите за здравеопазване по групи общини, формирани, според функциите им при предоставянето на местни публични услуги. На тази база са формирани 5 групи общини: 1-ва – Столична община, 2-ра – общините, с градове областни центрове, 3-та – общините с градове вторични центрове (бивши околовръстни центрове), 4-та – общините на вноска в Републиканския бюджет (без тези от втора група), 5-та – всички останали (предимно малки и слаборазвити общини).

Както се вижда от данните, общинските разходи за здравни услуги са съсредоточени в големите и средните по големина общини (1-ва – 3-та групи). В преобладаваща част от общините – малките от 5-та група, здравните разходи са минимални. В тях са съсредоточени само 9% от разходите при 22% от населението на страната.

Други два важни извода от данните в таблицата са:

- Най-високо е абсолютното равнище на разходите в София, средните по големина общини и в малките, относително финансово богати общини от 4-та група;

- Най-голяма е тежестта на здравеопазването в бюджетите на средните по големина общини от 3-та група.

Таблица №4.

Междугрупови различия в разходите за здравеопазване и техния дял в бюджетните разходи

Видове общини	Брой общини	Дял на населението	Дял на общ. разходи за здравеопазване	Разходи за здравеопазване на 1 жител	Дял на разходите за здравеопазване във всички бюджетни разходи
1 гр.	1	14,7%	23,7%	37,1	11,0%
2 гр.	26	38,0%	29,7%	18,0	8,6%
3 гр.	59	22,2%	33,3%	34,6	16,3%
4 гр.	14	2,8%	4,3%	36,2	11,1%
5 гр.	162	22,3%	9,0%	9,4	4,2%
Всичко	262	100,0%	100,0%	23,1	9,8%

В следващите три таблици №№5, 6 и 7, общините са групирани според различни характеристики на здравните им разходи.

От данните в Таблица №5 се вижда, че само в 18 общини са съсредоточени над половината (55,7%) от общинските разходи за здравеопазване. В същото време, над половината общини в страната имат минимални разходи – като размер и дял от общите разходи за финансиране на този сектор.

Таблица №5.

Групи общини според дела им във всички разходи за здравеопазване

Групи общини	Брой общини	Дял на населението	Дял на общ. разходи за здравеопазване	Разходи за здравеопазване на 1 жител	Дял на разходите за здравеопазване във всички бюджетни разходи
София	1	14,7%	23,7%	37,1	11,0%
Над 1 % от разх.	17	26,2%	32,0%	28,2	13,1%
0,5% - 0,9% от разх.	29	14,4%	19,6%	31,3	14,9%
0,1% - 0,4% от разх.	70	26,6%	21,7%	18,8	8,8%
Под 0,1% от разх.	145	18,1%	3,1%	4,0	1,7%
Всичко/средно	262	100,0%	100,0%	23,1	9,8%

Данните в Таблица №6 показват размерът на разходите за здравеопазване на 1 жител. Вижда се, че в 10 от общините те надхвърлят 50 лева на жител, докато в 156 общини те са под 10 лева на жител, в т.ч. в 114 общини – под 5 лева на жител.

Таблица №6.

Групи общини според разходите за здравеопазване на 1 жител

Групи общини	Брой общини	Дял на населението	Дял на общ. разходи за здравеопазване	Разходи за здравеопазване на 1 жител	Дял на разходите за здравеопазване във всички бюджетни разходи
над 50 лв./жител	10	1,8%	4,7%	62,3	19,6%
25-49 лв./жител	73	45,7%	71,1%	35,9	13,8%
10-24 лв./жител	33	22,4%	18,1%	18,6	9,2%
5-9 лв./жител	32	12,2%	4,0%	7,5	3,5%
под 5 лв./жител	114	17,9%	2,1%	2,7	1,3%
Всичко средно	262	100,0%	100,0%	23,1	9,8%

Реформата в здравеопазването редуцила значително дела на сектора в общинските бюджети. От таблица №7 се вижда, че само в 15 общини той надвиши 20% от бюджетните им разходи. За по-голямата част от общините (149 на брой) делът на здравеопазването е маргинален – под 5% от техните бюджети.

Таблица №7.

Групи общини според дела на разходите за здравеопазване в бюджетните разходи

Групи общини	Брой общини	Дял на населението	Дял на общ. разходи за здравеопазване	Разходи за здравеопазване на 1 жител	Дял на разходите за здравеопазване във всички бюджетни разходи
Над 20%	15	5,1%	10,1%	46,0	21,4%
15–19%	37	18,0%	29,3%	37,6	16,6%
10–14%	41	31,6%	43,3%	31,6	11,5%
5–9%	20	14,9%	11,0%	17,0	8,4%
Под 5%	149	30,4%	6,3%	4,8	2,2%
Всичко/средно	262	100,0%	100,0%	23,1	9,8%

Б. Видове общински болнични здравни заведения и финансиране

С отпадане на дейностите от доболничната здравна помощ, общините финансират следните видове здравни дейности: болници; диспансери; центрове – за психично здраве, за наркомания, за рехабилитация; детски ясли.

От Таблица №8 се вижда, че има 125 финансиирани от местните бюджети болници. Те са основно три вида:

- многопрофилни болници за активно лечение (МБАЛ); те са локализирани предимно в средни по големина общини. Такива болници има в осем от големите общини – областни центрове;

Таблица №8.

Брой болнични здравни заведения и дял от общинските разходи за здравеопазване

Видове здравни заведения	Брой заведения	Дял от разходите за здравеопазване
Болници в т.ч.	125	62,57
Многопрофилни	34	8,53
Общински	86	47,96
Специализирани	5	6,08
Диспансери	50	12,05
Други здр. заведения	4	0,63

- общински болници: този вид болнични заведения са най-много на брой. Те са разположени в 3-те най-големи общини в страната – София, Пловдив, Варна, и в средните по големина общини;

- специализирани болници: те са два вида: белодробни – в София, Пловдив и Бургас и АГ-болници – в София и Варна.

В страната има 50 диспансера, финансиирани от общинските бюджети. Те са разположени в 15-те най-големи общини – София и областни центрове.

Данните от таблицата показват още, че 75% от всички разходи за здравеопазване са за финансиране дейността на болници и диспансери. Най-голям е дялът на разходите за общинските болници – 48%. Локализирането им в предимно средни по големина общини е причина този тип общини да имат значително по-високи от средните за страната разходи за здравеопазване. Това се потвърждава и от данните в Таблица №9. Разходите в общинските болници са три пъти по-големи от тези в МБАЛ, изчислени на 1 жител от населението, което обслужват.

Таблица №9.

Разходи на 1 жител в масовите болнични здравни заведения, финансиирани от общинските бюджети

Видове здравни заведения	Разходи (лв./жител)
Многопрофилни болници	7,8
Общински болници	22,6
Диспансери	6,9

Резултатите от анализа на общинското здравеопазване показват още, че в 142 общини в страната (над половината) няма болници и диспансери. В това число попадат 8 големи общини с центрове областни градове. В 85 от горните общини здравеопазването се представлява само от „други дейности по здравеопазването“, които включват освен здравно счетоводство и дейности, свързани с профилактиката на населението и контрола върху дейности, потенциално опасни за здравето на населението. Това са предимно малки общини с население под 20 хиляди жители.

Основни проблеми, възникнали пред общините:

Големият размер на неразплатените разходи в болничните заведения, които бяха заварени при стартиранието на здравната реформа съпътстват нормалната ѝ реализация. Към този момент неразплатените разходи в здравните заведения на общините, които останаха да се финансират от бюджетите на общините са в размер на 27,8 млн.лв.

Без подсигуряването на достатъчно и ритмично финансови ресурси за нормално функциониране на текущата дейност на болничните заведения, всички ангажиментите на общините остават добри намерения. Друг фактор, който създава затруднение при финансирането на болничните заведения е свързан с осигуряване на ритмичност при разплащане по клиничните пътеки:

- средствата от здравната каса постъпват след изтичане на месеца;
- по-голямата част от финансирането на пътеките се осигурява от предоставените средства от общините.
- липсата на ритмичност при финансирането за зареждане на болничните аптеки с необходимите лекарства създава предпоставки за нарушащо на нормативната уредба. На пациентите, пристигнати по пътеки се изписват рецепти, които те сами изплащат и впоследствие търсят от болничното заведение възстановяване на средствата;
- лимитирането на средствата от страна на Здравната каса е другият проблем, който допълнително натоварва общинския бюджет.

Финансирането на заболяванията, които са извън пътеките е основен проблем на общините при съществуващата финансова необезпеченоност.

Все още собствените приходи на болничните заведения са минимален процент от общия размер на разходите, което е пречка за гъвкаво управление при критична ситуация.

Символични остават средствата по общинските бюджети, които се залят от собствените приходи за ремонтни работи на здравните заведения.

От проблемите, които стоят пред общините при финансиране на дейностите за здравеопазване се налага следният **извод**:

На този етап липсва механизъм за определяне на необходимите средства в сферата на здравеопазването. Използването на метода „според чиналогодишното равнище“, както и липсата на механизъм за разпределение на общия обем финансови средства и осигуряването на реалистични стандарти за издръжка, не гарантират стабилност на реформата.

5.5. ФИНАНСОВАТА ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ И РЕФОРМАТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Към днешна дата местните власти все по-често си задават **въпроса: УСПЕШНА ЛИ Е ЗДРАВНАТА РЕФОРМА И ПОСТИГНА ЛИ ОСНОВНАТА СИ ЦЕЛ – ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА?**

Ретроспективният анализ на извършеното от местните власти за трите години здравна реформа – от есента на 1999 година до днес не може да даде единозначен отговор на този въпрос.

Народното събрание, Министерството на здравеопазването, НЗОК и Българският лекарски съюз бяха институциите, които подгответха законодателната база за предстоящата реформа, **по общините бяха тези, които я реализираха**.

Анализът на резултатите от въвеждането на здравната реформа в страната показват неуспехите и пропуските на новата система. На форумите и дискусията, които организира и провежда екипът на Националното сдружение на общините бяха ясно дефинирани проблемите, възникнали в хода на реформата, дали ясно отражение в сега функциониращия модел на здравеопазването. При правилен подход към тези проблеми се очертават и възможните начини за тяхното преодоляване. Това, обаче е невъзможно без ясна и сила политическа воля и вземане на бързи и адекватни управленски решения. Въпреки, че в последната година Министерството на здравеопазването и Парламентарната комисия по здравеопазване демонстрираха известна диалогичност, прекалено смело е да се каже, че е налице синхронизиране на усилията на централните власти с възможностите на общините за постигане на по-добра организация на здравеопазването и повишаване качеството на медицинските дейности.

Три години след началото на реформата очакватите резултати за подобряване на здравето на нацията, не са постигнати. Това задължава още повече Народното събрание и Правителството, съвместно с местните власти възможно най-бързо да изведат здравната реформа на качествено нов етап, за да се гарантира здравето на нацията.

Въпреки посочените по-горе промени в специалните закони, системата на здравеопазването запази основните икономически механизми, характеризиращи я преди започване на реформата. Действащото здравно законодателство пропуска да уреди изключително важни за обществото сектори, като: училищното здравеопазване и стоматологично лечение на децата и учениците; извънболнична медицинска и стоматологична помощ за населението в селата; аптечно снабдяване и аптеки в селата и др. Извън реформата останаха диспансерите, ХЕИ и други специализирани медицински заведения.

Здравна реформа е немислима без специален закон, гарантиращ ефективна защита на правата и интересите на пациентите.

НСОРБ за в бъдеще трябва активно да участва при подготовката на проекти за нови или изменение на съществуващи нормативни актове, за да се гарантира законова рамка за здравна реформа, която е в интерес на обществото.

Необходимо е да се подгответят проекти за изменение и допълнение на нормативните актове, за да се осигури пряко участие на общините в контрола върху дейността на НЗОК по отношение на:

- достъпност до здравна помощ за цялото население на всички нива на системата на здравеопазване;
- разработване на стандарти за обхват, качество и реализация на медицинските услуги;
- разходване на средствата, целево събрани от населението за здравеопазване;
- участие на общините, чрез НСОРБ, като страна при сключване на Националния рамков договор;
 - участие на представители на общините в Събранието на НЗОК;
 - въвеждане на пазарни механизми за ограничаване на монопола на НЗОК;
 - създаване на система, гарантираща плащане за реално извършена медицинска услуга, а не на брой пациенти;
 - създаване на законови гаранции за осигуряване на пакет от медицински услуги в селата, училищата и за аптечното снабдяване;
 - изясняване статута и ролята на диспансерите и др.

На сегашния етап, приемането на законодателство, което да стартира процеса на финансова децентрализация е средството за ускоряването на здравната реформа.

През 2003 година предстои реално да стартира финансата децентрализация и в областта на здравеопазването, при ясно разграничение на дейностите, финансиирани от държавата, съответно от общините, чрез въвеждането на усреднени стандарти за издръжка в дейностите – държавна отговорност.

С Решение на Министерски съвет № 612 от 12 септември 2002 година се прие разделение на дейностите, финансиирани чрез общинските бюджети, на държавни и общински и биха определени стандарти за издръжка на държавните дейности при предоставянето на публични услуги в здравеопазването през 2003 година.

Разделението на финансираните чрез бюджетите на държавни и общински дейности в здравеопазването са:

Държавни дейности:

- общински болници – многопрофилни болници за активно лечение;
- болници за белодробни болести (преобразувани лечебни заведения);
- акушеро-гинекологични болници (преобразувани лечебни заведения);
- диспансери за пневмо-фтизиатрични заболавания (преобразувани лечебни заведения);
- диспансери за психични заболявания (преобразувани лечебни заведения);
- диспансери за онкологични заболявания (преобразувани лечебни заведения);

- болница по офтальмология.
- Субсидията за здравна дейност в държавните дейности е изчислена на база премиал болен.*

Общински дейности:

- център за психично здраве (преобразувани лечебни заведения);
- рехабилитация (преобразувани лечебни заведения);
- център за наркомания (преобразувани лечебни заведения).

Осигуряването на необходимия финансов ресурс с бюджета за 2003 година е важно условие за пълната реализация на етапа на реформата.

Разделянето на дейностите в общинските бюджети на общински и държавни и гарантирането на държавните с необходимите средства, като нормативно признат минимум, ще осигурят ритмичност, необходима за нормалното функциониране на звената от сферата на здравеопазването.

5.6. ДОБРИ ПРАКТИКИ (ОПИТЪТ НА ОБЩИНА ПАЗАРДЖИК В ЗДРАВНАТА РЕФОРМА)

Резултатите от стартирането и провеждането на здравната реформа в община Пазарджик са добър пример за нов модел на здравни услуги, осъществян с активното съдействие на общината, за която са характерни разпределените отговорности при определен превес на частната инициатива.

Бяха осъществени следните инициативи:

- 1991 г. Първото частно здравно заведение – „Хигия“ – ООД
- 1992 г. Частна болница „Ескулап“ ООД – първото лечебно заведение, отправило искане до Общинския съвет за покупка на сградата, собственост на общината.

Здравната реформа стартира преди приемане на новото здравно законодателство и се характеризира с:

- плурализъм на лечебните заведения;
- договорно начало между пациента и лекаря-изпълнител – директни плащания;
- пазар на медицинските услуги и на кадрите;
- договор за предоставяне на медицински услуги и осъществяване на профилактични прегледи на предприятия и организации. Сключен договор за оказване на медицинска помощ от Частна болница „Ескулап“ и община

Белово за една година:

- първата приватизация на общинска собственост за нуждите на изграждащата се болница;
- привличане на чуждестранни капитали от Европейски банки, с последващи инвестиции в апаратурно и технологично обзавеждане;
- право на избор на лечебно заведение и лекуващ лекар;
- удовлетворяване на потребностите от висококвалифициран персонал чрез договори с хабилитирани лица, участващи в лечебния и диагностичен процес, участващи в седмичните графики на лечебните заведения;
- работа на лечебните заведения в модел на локални здравно-осигурителни фондове: на граждантите в община Пазарджик се предоставяха базови или максимални пакети медицински услуги, съобразно конкретните потребности;
 - този етап се характеризира със силно изразено конкурентно начало и политика, ориентирана към пациентското търсение;
 - контакти с правителствени институции и разговори в посока промяна на нормативната уредба.

След приемане на новото здравно законодателство – 1999 г.:

- процес на преструктуриране на източниците на финансиране, собствеността и управлението на лечебните заведения;
- регистрация на специализирани и първични практики, облекчаващи условия при договаряне условията за наема на здравните служби и медицински кабинети;
- предоставяне на медицинско оборудване за нуждите на първичната медицинска помощ и благоприятстване медицинското обслужване на населението в община Пазарджик;
- преструктуриране на лечебните заведения за стационарна помощ чрез пакет мероприятия по оптимизиране легловия фонд, преквалификация на персонала и пренасочване в извънболничния сектор;
- преструктуриране на аптечната и лекарствената мрежа и последваща приватизация;
- преструктуриране на стоматологичната и зъботехническата мрежа с последваща приватизация, съгласно ЗЛЗ;
- преструктуриране на поликлиничната мрежа с последваща приватизация на най-голямата поликлиника, съгласно ЗЛЗ и със съгласието на Общинския съвет – община Пазарджик;
- пребазиране на Областния диспансер за белодробни болести в модерна сграда, отговаряща на съвременните изисквания за стационарно лечебно заведение;
- представяне на сграден фонд за нуждите на Дома за медико-социални грижи, поради силно амортизирана сграда, представляваща реална зап-

лаха за хоспитализираните деца и работещите. Привлечени неправителствени партньори, участващи в изграждането на новата сграда;

- предоставяне на сграден фонд, собственост на община Пазарджик, на Държавна психиатрична болница. Безвъзмездно предоставена монолитна шестетажна сграда, бивше студенство общежитие. Извършена безвъзмездна услуга по проектиране и готовност на община Пазарджик да участва с проект за общински психиатричен диспансер;

- предоставяне на сграда за нуждите на пациенти с хронични инвалидизиращи заболявания – хоспис;
- оказана финансова помощ на МБАЛ – Пазарджик за осъществяване на ремонтни дейности на отделението за хемодиализа;
- инициирани поредица хуманитарни акции с побратимени градове от страните в Централна Европа и САЩ за доставка на медицинска техника и лекарства за подкрепа на групи в неравностойно положение;
- финансиране издръжката на ОДПФЗ – Пазарджик: лечебното заведение е общинска собственост с областен обхват за издиране, лечение и превенция на лица, боледуващи или намерили се в активна фаза на заболяването – ТВС;
- поддържане на достатъчна мрежа от училищни кабинети, подсигурени с медицински сестри.

Моделът на така структурираната лечебна и здравна мрежа, гарантира на населението на община Пазарджик здравни услуги, които непрекъснато се усъвършенстват в посока на:

- достъпност;
- справедливост;
- равнопоставеност;
- своевременност;
- достатъчност;
- високо качество.

Опитът на община Пазарджик при преструктуриране на здравните услуги показва, че договорните взаимоотношения и свързаните с тях икономически механизми придобиват основно значение, като регулатор в системата на здравеопазването.

В условия на осъществена приватизация, като крайна фаза на децентрализация, собственикът придобива силни мотиви за участие в процесите на здравеопазване на локално ниво – община.

6. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА ПРОМЕНИ

На различните нива в системата на здравеопазване е наложително да се инициират промени, но само след обосноваване на тяхната необходимост и то при наличен консенсус между законодателната, изпълнителната и местната власти. До съгласието трябва да доведе ясното убеждение, че промените ще подобрят функционирането на системата в интерес не на структури, институции или съсловие, а в интерес на нейния краен потребител – населението на Република България.

Предвид началният етап на здравната реформа е желателно извършването на промени, които ще повлият функциите на системата в краткосрочен и средносрочен план, но без да нарушият стратегическите и цели.

Промените могат да бъдат на институционално, общинско (регионално) или централно ниво, както и промени, свързани с организацията на дейността, структурата на лечебното заведение (здравната система) или неговото финансиране. При всички случаи промените трябва да бъдат съобразени с демографската, географската и икономическата специфика на района и в съответствие с вида и обема на необходимите медицински дейности. За това се изисква изключителна активност на местните власти и останата отговорност за здравето на населението на всички нива на управлението.

По-съществени конкретни предложения:

- НСОРБ да бъде включено, като консултант, при подготовката на проекта за национална здравна стратегия и националните здравни програми;
- в състава на областните центрове по здравеопазване да бъдат включени представители на общините от съответния регион.

Инициатори на промените могат да бъдат:

- лечебното заведение;
- местните власти;
- централната изпълнителна власт;
- неправителствените организации;
- гражданите;
- законодателната власт.

Задължение на НСОРБ и на Специализираната комисия по здравеопазването е да проучва и да систематизира направените предложения за промени и да подкрепя активно онези, които са в интерес на общините.

Анализът на функционирането на здравната система, след стартиране и провеждане на реформата, доказва необходимостта от промени в следните посоки, с цел постигане на устойчивост и подобряване на дейността и резултатите:

1. Актуализиране на областните здравни карти при активното и отговорно участие на местните власти.

2. Подобряване на възможността за достъп на селското население до специализирана медицинска помощ и зъболечение.

3. Подобряване на лекарствоеноснабдяването на населението от малките градове и селата.

4. Осигуряване на общопрактикуващи лекари в тъй наречените „непривлечателни райони“.

5. Подобряване на организацията на детското и училищното здравеопазване не само с промотивна цел, но и с лечебна.

6. Чрез анализ на демографски, медико-статистически и икономически показатели да се извърши реална преценка на нуждите по места и да се ускори преструктурирането на дейността на лечебните заведения.

7. Осъвременяване на болничната база и медицинската апаратура.

8. Създаване на законови условия за разширяване участето на местните власти във формирането и изпълнението на здравната политика.

9. Изпълнение на Програмата за финансова децентрализация.

10. Постепенно преминаване на финансирането на текущите разходи върху НЗОК, за сметка на намаляване на прякото финансиране от бюджета.

II. Нормативно определяне на цените на медицинските услуги, заплащани от пациентите за лекуване в болнично заведение при заболявания, които са извън клиничните търпеки.

6.1. РОЛЯ НА ОБЩИННИТЕ ЗА ПРОМЕНИ В ЗАКОНОДАТЕЛСТВОТО

Изминалите години след демократичния преход (1989 г.) са години на изработване на нова законова рамка за регулиране на обществените отношения, в която рамка местните власти заемат достойно място и имат активна позиция.

Законите, свързани със здравната реформа не съответстват в пълна степен на действителните ангажименти на общините за опазване и подобряване на здравето на населението и провеждането на държавната политика по здравеопазването на място.

Последните години показват, че законодателната рамка на здравната реформа е динамична, като непрекъснато се развива и усъвършенства.

Общинската практика е инициатор за приемане на нови закони и за изменение и допълнение на действащите.

НСОРБ проучва и анализира мнението на общините за налагани съзаконодателни промени и провежда активна политика за изменението и допълнението на правната уредба, за да се гарантира защита на интересите на населението в по-голяма степен.

6.2 ПРИМЕРИ

А. ПРАВЕН СТАТУТ НА БИВШИТЕ 26 ОКРЪЖНИ БОЛНИЦИ

Продължаващите спорове за правния статут на бившите 26 окръжни болници е типичен пример за сложните обществени отношения, които съпътстват прилагането на законовата рамка на здравната реформа в държавата и пример за активната позиция на общините, отстоящи своето място на равнопоставен партньор на централната изпълнителна власт.

Кратка история на конфликта

С влизането в сила на Закона за местното самоуправление и местната администрация (1991 г.) собствеността на лечебните заведения, в това число и бившите окръжни болници, премина от държавата в общините, с изключение на тези, които са от национално значение.

През август 2000 година, на базата на действащи тогава в Закона за лечебните заведения текстове, министър на здравеопазването издаде заповед за преобразуване на обединените окръжни болници в областните центрове в лечебни заведения – търговски дружества. За уставен капитал на тези дружества беше използвана публична общинска собственост, като с това действие държавата на практика национализира 51 % от нея и я превърна в свое длъжено участие. С решение № 11 от 21 май 2001 година (обнародвано в „Държавен вестник“, бр. 51 от 2001 г.) Конституционният съд на Р.България обвил за противоконституционни разпоредбите на член 101, алинея 5 и член 109, алинея 1, точка 3 от ЗЛЗ, относно думите: „...след одобрение, или по предложение на министъра на здравеопазването...“. В мотивите към това решение Конституционният съд е записал: „...доколкото бившите окръжни болници, описани в приложението на член 101, ал.5 от ЗЛЗ са публична общинска собственост, разпоредбите противоречат на член 17, ал.5 от Конституцията и по съществото си представляват принудително отчуждаване на собственост, без – да са налице държавни нужди...“.

След влизането в сила на Решението на Конституционния съд, Постоянната комисия по здравеопазването при 39-тото Народно събрание предприне действия за уреждане на възникналите правни последици, в съответствие с чл.22 от Закона за Конституционния съд. До подготовката и внасяне на нова разпоредба в ЗЛЗ, на мястото на обявената за противоконституционна обаче не се стигна. Комисията препоръча на НСОРБ, съместно с министъра на здравеопазването, да предложат нов текст в закона, който да регламентира статута на бившите окръжни болници по нов начин, в съответствие с материалиния закон за собственост, като тази нова уредба бъде предложена от Министерския съвет – по инициатива на Министерството на здравеопазването.

Усилията на НСОРБ за законосъобразно уреждане на възникналите спорове

Със специално решение Управителният съвет на НСОРБ упълномощи свои представители, които да формират Контактна група за работа с представители на Министерството на здравеопазването за подготовка на проект за нова разпоредба в ЗЛЗ. Въпреки положените усилия и заявената категорична позиция от министъра на здравеопазването, че **МЗ няма претенции по отношение на собствеността на общините**, до решение на проблема не се стигна.

В хода на работа експертите от МЗ подготвиха самостоятелен проект за нова разпоредба в ЗЛЗ на мястото на обявената за противоконституционна алинея 5 на член 101- в този проект отново не се зачиташе правото на общините сами да влагат своята собственост в търговски дружества – лечебни заведения, в чието управление и ръководство да участват; проектът препотвържда по същество разпоредбата на ал.6 на чл.101, но под друга форма.

И до днес съществуват лечебни заведения, образуването на които е в противоречие с цитираното Решение на Конституционния съд. Регистрираното на тези търговски дружества противоречи и на Търговския закон, и на Закона за местното самоуправление и местната администрация – при вписването на дружествата съдът е приел за достатъчна само волята на министъра на здравеопазването. Той е регистрирал във фирмени регистри тези дружества, при отсъствие на решение на съответните общински съвети, с които публичната общинска собственост би следвало да се преобразува в частна и да се вложи в капитала на търговските дружества. Този факт мотивира ново решение на Управителния съвет на НСОРБ за сезиране на Главния прокурор на Р.България, с настояване той да атакува по общия ред съдебни решения, като незаконосъобразни. След извършени проверки Главната прокуратура прецени, че при преобразуването на болниците по ЗЛЗ прави

ната норма е била в сила, и че няма основание за атакуване на съдебните решения за регистриране на дружествата. И според Главния прокурор решението трябва да дойде от законодателния орган – Народното събрание.

При създалото се положение със статута на бившите 26 окръжни болници налице е законова празнота по отношение на лечебните заведения, в чието капитал е вложена общинска собственост. Тази празнота трябва час по-скоро да бъде запълнена, като Народното събрание приеме нова разпоредба, на мястото на обявената за противоконституционна, за да се заличат настъпилите последици.

Б. НЕОТЛОЖНИ ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПЪЛНЕНИЯ В ЗАКОНА ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ – ТЪРГОВСКИЯ ЗАКОН

При проведената Кръгла маса в община Минерални бани бяха изнесени конкретни данни за образувано дело срещу МБАЛ – Ботевград за обявяване на болницата в несъстоятелност по реда и при условията на Глава IV от Търговския закон.

Изказването предизвика поставянето и обсъждането на **въпроси:**

● *Може ли болници да бъдат обявявани в несъстоятелност? Какво би станало със системата за здравеопазване, ако доставчите масово поискат неизправните търговци – болнични лечебни заведения, да бъдат обявени в несъстоятелност, заради неизплатени в срок доставки?*

● *Защо в Закона за лечебните заведения като специален закон по отношение на общия Търговски закон, не е предвидена защита срещу търговската несъстоятелност на болниците?*

Въпросите бяха обсъдени при изключителна активност и участниците във форума се обединиха около следните предложения:

– **независимо да бъде информиран Министъра на здравеопазването за обявяването на МБАЛ – АД Ботевград в несъстоятелност по Търговския закон;**

– да се подготви и предложи проект за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения и на Търговския закон, целящо разпоредбите на Част IV „Несъстоятелност“ от Търговския закон да не се прилагат по отношение на лечебните заведения – болници, преобразувани по ЗЛЗ, като търговски дружества.

Решено беше, до изменението на законовата рамка, да бъде подкрепен на община Ботевград пред Министъра на финансите за получаване на целева финансова помош за да изплати задълженията си и да се прекрати производството по обявяването на болницата в несъстоятелност.

В. ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

По инициатива на общините, НСОРБ предложи на Министерския съвет, чрез Министерството на здравеопазването да бъде допълнен Проекта за Закон за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване, за да се включат представители на общините при сключването на Националния рамков договор. Целта на исканата промяна бе да се създаде възможност за отстояване на правата и интересите на гражданините.

Със Закон за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване (обнародван „Държавен вестник“ брой 107 от 2002 г.) в състава на Събранието на представителите са включени **шестима представители на общините**, които се избират от УС на НСОРБ.

Г. ВКЛЮЧВАНЕ НА ПРЕДСТАВИТЕЛ НА НСОРБ В СЪСТАВА НА ВИСШИЯ МЕДИЦИНСКИ СЪВЕТ

По инициатива на Специализираната комисия по здравеопазването, НСОРБ предложи на Министъра на здравеопазването да бъде включен представител на общините в състава на Висшия медицински съвет, консултативен орган за провеждане на държавната политика по здравеопазването.

През 2002 година, без да се променя Закона за народното здраве, в състава на съвета беше включен един представител на НСОРБ. Очаква се, с приемането на Проекта за Закон за общественото здраве участието на общините в този съвет да бъде разширено значително.

Сега Висшият медицински съвет се образува от петима представители на Министерството на здравеопазването, по един от специализираните медицински служби на Министерството на отбраната, Министерството на транспорта и съобщенията и Министерството на вътрешните работи, петима от Български лекарски съюз, един от Българския стоматологичен съюз и осем представители на висшите медицински училища.

При така очертания от Закона за народното здраве състав, министърът на здравеопазването предостави от своята квота една бройка за представителя на НСОРБ.

Д. ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА №9/2000 Г. НА МИНИСТЪРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

С Наредба №9 от 2000 г. на Министъра на здравеопазването са регламентирани ред и условия за провеждане на конкурси за възлагане на управлението на лечебните заведения – държавни и общински, по Закона за лечебните заведения.

При проведените форуми и дискусиони представителите на местните власти отчетоха необходимостта от допълнение и изменение на този нормативен акт, който макар и подзаконов има съществена роля при управлението на общинските лечебни заведения, но не отчита спецификата на местните власти.

Направените предложения в тази насока са обобщени и предадени на Контактната група на НСОРБ, за да бъдат предоставени на министъра на здравеопазването.

Е. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ПРОЕКТ ЗА ЗАКОН ЗА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

Изработването на Проект на Закон за общественото здраве е залегнато в законодателната програма на Министерския съвет и предстои внасянето на Проекта в Народното събрание.

Проектът се подготвя от Министерството на здравеопазването, при широко участие на експерти, представители на други министерства и органи на централната изпълнителна власт, на неправителствените организации.

НСОРБ и Комисията по здравеопазване направиха предложения за нов подход при изработването на Проекта за Закон за общественото здраве, като се отчита ролята на местните власти и мястото им в управлението, като равностоен партньор на централната изпълнителна власт.

В бъдещия Закон за общественото здраве общините трябва да присъстват, като представител на населението и защитници на правата и интересите на гражданиците при провеждането на фържавната здравна политика. За съжаление и последният Проект на ЗОЗ, разработен Министерство на здравеопазването (от 29 септември 2002 година) не отговаря на тази концепция. Контактната група за работа с МЗ, постоянната Комисия по здравеопазването на НСОРБ и представителят на НСОРБ във Висшия медицински съвет полагат усилия чрез конкретни становища, бележки и предложения да спомогнат за изработка на такъв законопроект, който в максимална степен съответства на променените обществени отношения и на повишението на ангажиментите на общините.

7. ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

СПИСЪК НА НОРМАТИВНИ АКТОВЕ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ЗАКОН за народното здраве

ЗАКОН за лечебните заведения

ЗАКОН за здравното осигуряване

ЗАКОН за държавния бюджет на Р България

ПРИВИЛНИК за прилагане на Закона за народното здраве

НАРЕДБА № 1 от 27.04.2000 г за критериите, показатели и методиката на акредитация на лечебните заведения за болнична помощ и диагностично консултивативни центрове

НАРЕДБА за следдипломна квалификация на висшите медицински кадри

НАРЕДБА № 2 от 27.04.2000 г за видовете имунизации в Република България и сроковете за извършването им

НАРЕДБА № 4 от 15.01.2001 година за условията и реда за подписване и отпускане на лекарствени продукти

НАРЕДБА № 26 на МЗ от 10.11.1999 г. за профила на диспансерите и дейностите, които те извършват.

НАРЕДБА № 29 от 23.11.99 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални гръжи.

НАРЕДБА № 9 от 26.06.2000 г за условията и реда за провеждане на конкурси за възлагане на управлението на лечебните заведения по ЗЛЗ (Загл. Иzm. – ДВ. бр. 15 от 2001 г.)

НАРЕДБА № 9 от 29.05.1998 г за набиране на извънбюджетни приходи и реда за тяхното разходване в МЗ и бюджетните организации в системата на здравеопазването по реда на § 8 от Закона за народното здраве

НАРЕДБА № 22 от 09.12.1997 година за условията и реда за заплащане на медицинска помощ от пациента

НАРЕДБА №23 от 30.10.2000 г. за реда за предписване и получаване на скъпоструващи лекарства, заплащани от републикански бюджет

НАРЕДБА за достъпа на здравноосигурените лица до лечебните заведения за извънболнична помощ

НАЦИОНАЛЕН РАМКОВ ДОГОВОР, 2002 г., между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз и Съюза за стоматолозите в България.



ПРЕДСТАВЯНИЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА КОМИСИЯ ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА НСОРБ

Специализираната комисия е постоянно действащо звено в структурата на НСОРБ, в състава на която влизат кметове, председатели на общински съвети, съветници и експерти по здравеопазване от общинските администрации.

Тя работи за подпомагане на развитието, реализацията и обмяната на опит и за ефективно разрешаване на проблемите в сферата на здравеопазването през преходния етап на въвеждането на здравната реформа.

Основна цел на Комисията е да се изследва и анализира работата на общините, прилагането на новите закони и подзаконовите нормативни актове и да насърчава успешните общински идеи, стратегии и добри практики в областта на здравната политика.



Момент от работата на Комисията

Комисията работи, чрез периодични заседания и организиране на форуми, обсъждания, кръгли маси и активно си сътрудничи с другите комисии на НСОРБ, със Специализираната постоянна комисия по здравеопазването на Народното събрание, с неправителствени организации и други институции. Тя активно работи с Министерството на здравеопазването, с Висшия медицински съвет и със съсловните лекарски организации. От 2002 година си сътрудничи ползотворно с Гражданското сдружение за защита на пациентите.

За постоянно взаимодействие с централната изпълнителна власт – Министерството на здравеопазването, от нейния състав е определена Контактна група, която поддържа връзка и работи съвместно с експерти от МЗ.

През 2002 г. по предложение на Комисията НСОРБ участва в конкурс и спечели проект „Здравната реформа и ангажиментите на общините“, съфинансиран от германската Фондация „Фридрих Еберт“.

Настоящият материал е резултат от реализациите на този проект и от усилията на всички представители на общините в Р България, които взеха активно участие в дискусиите.

ОТЗИВ

„Здравната реформа – ангажименти на общините“ е изключително актуална разработка, представена в момент, когато в страната нарастват динамиката и сложността на протичащите процеси в реформирането на здравната система. Характерно е увеличаването на несигурността и рисковете при оказването на здравната помощ, заедно с това и отговорностите при нейното организиране. Вече е ясно, че здравните проблеми от позициите на социалната справедливост не могат да се решават само в рамките на юрискриптивната власт или с помощта на отживели модели на министерството.

Структурата се отличава с логичност и последователност. Разкрити са основните причини за въвеждането на здравната реформа в РБългария. Нейните цели, задачи и резултати са подложени на критичен анализ. Миштото на общините в този процес е определено, като сполучливо са използвани методите на ситуационния анализ и международните сравнения.

Ретроспективният анализ на резултатите от въвеждането на здравната реформата в страната показват неуспехите и пропуските на новата система. Подчертава се, че не е постигната основната цел на реформата – подобряване на здравето на нацията.

Авторите убедително обосновават необходимостта от изменение в правните разпоредби, гарантиращи пълен обхват и децентрализация на здравната реформа. Обновената правна уредба ще укрепи развитието на пренебрегвани сектори, като училищното здравеопазване, стоматологичното лечение на децата, медицинското обслужване и аптечното снабдяване в селата и др. Предложените промени ще направят по-ефективна дейността на НЗОК, чрез участието на общините в контрола.

Ясно очертани са проблемите възникнали пред общините в хода на здравната реформа, свързани със собствеността на болниците, недостатъчното финансиране, небалансираните отговорности в управлението. Представен е положителният опит на община „Пазарджик“, който доказва че при наличното на местна инициатива и компетентен мениджър могат да бъдат постигнати значителни успехи в изграждането на ефективен и социално справедлив модел на здравното обслужване. Направените предложения дават основание за внимателно експериментиране по места, преди стратегическите и оперативните подходи да бъдат приложени в национален мащаб.

Особено ценен принос за науката и практиката на здравната реформа авторите са направили с изложението на собствения си опит като членове на НСОРБ, на теоретичните и приложни аспекти на миштото, ролята и дейността на Националното сдружение на общините. Става въпрос не само за научна

и технологична практика, но и за специализирани знания, умения и навици за установяване на ефективни взаимовръзки, обединения и партньорства за колективно управление на дейностите по подобряване и управление на здравето.

В процеса на реформата на здравеопазването възниква нов проблем: координирането на дейността на всички партньори в децентрализиране система на здравеопазването. НСОРБ предлага рационално решение чрез създаване на мрежа (форма на спонтанно възникнал порядък), която се създава в резултат на взаимодействията на децентрализирани сфери (НСОРБ, ЛС, НЗОК) без да бъде налагана от централизирана власт.

Аналитичната оценка на дейността на НСОРБ доказва, че в проведените дискусии се извършва реципрочен обмен на мнения и информация върху основата на общи ценности и неформални норми, а не на формални ръководни взаимоотношения.

В заключение може да се отбележи, че в „Здравната реформа – ангажименти на общините“ е направен прецизен анализ на изключителна актуална проблема на съвременната реформа на здравеопазването в РБългария. Проведените инициативи от НСОРБ за успешна децентрализация в здравеопазването са не само полезни, но и исторически обусловени от възникването на нова специфична социална и културна среда и от формирането на достатъчно мястен, административен и мениджърски потенциал.

Предлаганата от НСОРБ разширена административна и политическа децентрализация, делегиране на права на по-ниско организационно ниво ще стимулира решаването на проблемите в реално време за: рационализиране на основната рамка на здравната политика и законодателство; развитие на здравните ресурси; защита на обществените интереси; мониторинг, оценка и анализ на здравето на населението и на оказване на здравната помощ.

Убедено считам, че евентуалното обсъждане и приемане на направените предложения за активизиране ролята на общините при формиране и провеждане на държавната здравна политика ще има пряко позитивно въздействие върху процеса на реализирането на здравните реформи и подобряване здравето на нацията до равнище сравнимо с това в страните от Европейския съюз.

**Проф. д-р Любомир Атанасов Иванов
Доктор на медицинските науки,
експерт на СЗО по обществено здравеопазване**

ЗДРАВНАТА РЕФОРМА – АНГАЖИМЕНТИ НА ОБЩИННИТЕ

Резюме

За първи път в страната се прави широко проучване и ситуациярен анализ на обществените отношения, законовата рамка и ангажиментите на общините при организиране и провеждане на здравната реформа и резултатите от нея. Анализът е направен от Националното сдружение на общините, с финансова подкрепа на германската Фондация „Фридрих Еберт“ и намира отражение в настоящата разработка.

Разработката подлага на критичен анализ здравната реформа – цели, задачи и постигнати резултати през погледа на общините.

Правят се международни сравнения на организацията на медицинската помощ в Западна Европа и в страните от Централна и Източна Европа. Акцентът на разработката е поставен върху здравната реформа в Р. България, етапите, нормативната рамка, финансирането и ролята на общините при реализацията ѝ.

От проведените форуми и дискусии, организирани от НСОРБ, са изведени и систематизирани предложения на 250 оторизирани представители от 103 общини, засягащи нерешени организационни и правни проблеми за финансова децентрализация и ускоряване на здравната реформа. Представени са голям брой таблични материали за тенденциите при финансирането на общинските лечебни заведения и здравеопазването в общините.

Разработката е послание на НСОРБ към изпитвателната и законодателната власт, към цялото общество, за повишаване ангажиментите на общините в здравната реформа, за подобряване на общественото здраве.

HEALTHCARE SYSTEM REFORMATION – MUNICIPAL OBLIGATIONS

Summary

A nationwide survey and a situation analysis of public relationships, legal framework, and municipal obligations regarding organization and implementation of the healthcare system reformation and its results have been carried out for the first time in this country. That analysis has been made by the National Association of Municipalities in the Republic of Bulgaria and has been funded by the German foundation „Friedrich Ebert“. It serves as a basis for the elaboration of the present research paper.

This research paper makes a critical analysis of the healthcare system – its objectives, tasks, and achieved results from municipal perspective.

International comparisons of the organization of healthcare systems in the West European and Central and East European countries have been made.

The present research paper puts the stress on the reformation of the healthcare system in Republic of Bulgaria, more specifically, on its stages, regulatory framework, its financing and the role of municipalities in the process of its implementation.

Proposals of 250 authorized representatives from 103 municipalities regarding unsolved organizational and legal problems concerning financial decentralization and the expediting of healthcare system reformation were elicited at the forums and discussions, which were organized and carried out by NAMRB on the topic. Those proposals were later systematized. A great number of worksheets demonstrating the trends in the financing of municipal healthcare institutions and municipal healthcare have also become part of the research paper.

This research paper is NAMRB's message to the executive and legislative powers and the whole society, with which it declares its conviction that municipal obligations concerning healthcare system reformation must be increased and that the health of society must be improved.