

КЪМ ПО-БОГАТА И ПО-ЕФЕКТИВНА ЗДРАВНА СИСТЕМА

Б. Давидов

Ако старателно изчистим политическите заяждания и пренесем дискусията на експертно равнище, се откроява потребността от значителна реорганизация на здравната ни система. Много големи чужди и наши експерти в многостранство разработки сочат редица важни проблеми. Един от най-сериозните анализи се простира на 200 страници текст, таблици и диаграми (и то само в постановъчната си част). Новият министър на здравеопазването (виден финансист между другото) обещава значителна реформа. В очакването и ето някои разсъждения. В три кратки есета правя опит за систематизиране на най-интересните чужди и мои мнения и идеи. Първото е фундаментално важно.

Колко пари сме готови да отделим за здравето си?

„Здравната ни система е бедна“, „нямаме нови технологии“, „лекарите и сестрите ни са бедни“ и пр. констатации изобилстват в сериозни и в недотам сериозни становища. Ето още един поглед към проблема.

Новите лекарства

В миналите месеци възникна скандал във връзка с новите лекарства. Казаха се тежки думи. Големият Калин Донков (в статия във в. „Сега“) обвини управляващите в „липса на отговорност за съдбата на слабия, на болния, на обречения...“.

Едно от познатите ми нови лекарства отстранява риска от смърт поради пристъп от задушаване. Една доза от него струва около 4,000 лв. и трябва да се прилага 4 пъти месечно. 48 дози годишно за около 100 пациента – необходимо са около 19 милиона лева годишно.

По света се появяват годишно минимум 10 такива чудодейни лекарства. Ако допуснем, че цените им са сходни (а някои са значително по-високи), става въпрос за условно 200 милиона лева. Като всяка следваща година те ще нарастват с още по толкова – медицината се развива, нали?

Кои да купим, заплатим и предоставим? Как „кой“ – ние сме отговорни и значи купуваме всички.

Ще лекуваме децата ни и всички останали в първокласни болници в чужбина?

Преди месеци Премиерът изпрати с военен самолет детето „А“ в чужбина, за да получи най-доброто възможно лечение.

Така трябва. Но за детето „А“ научихме от медиите. А колко още наши деца се нуждаят от спасително лечение в чужбина? Десет, двадесет, повече? Нека да са само десет годишно. За спасяване на живота на всяко са необходими условно 100,000 лв. Обществото ни, водено от Големите ни личности, лесно ще се съгласи да плати още един милион лева за тяхното лечение в чужбина. Няма възражения, нали?

А защо само децата? Според Националния раков регистър през 2013 г. имаме 277,078 болни от всички локализации. И 60% от тях са възрастни – това са около 180,000. От тях поне 5% могат да увеличат значително шансовете си, ако се лекуват в световно признати клиники. Това са 9,000 българи. И още около 1 милиард лева. Да ги платим ли? Определено „да“.

За огромно съжаление има още поне десет смъртосни заболявания: исхемична болест на сърцето, инсулт, хронична obstructivna белодробна болест, ХИВ/СПИН, захарен диабет. И още минимум пет (виж <http://lechenie.bg/top-10-napay-smartonosnite-bolesti/>). Част от тях имат усложнения,

които могат да се излекуват в най-добрите клиники в света. Това са „наши братя и сестри, наши деца и внуци“ (виж пак големия К. Д.).

Значи изпращаме всеки нуждаещ се за лечение в чужбина. Това са условно 1,000 души (не знаем колко, но ще научим). Правим фонд с още 1 милиард лева (или с повече – колкото трябва) за спасяване на всички тежки случаи в чужбина.

Медицинските дейности

Светът се развива. Разработват се нови медицински апарати, лекарствата усвояват нови технологии.

„...На Булмедика предлагаме част от гамата ехографи на компанията, такива като моделите DP 20 и DP 10 са преносими апарати, които са за използване от личните лекари. В средния клас предлагаме кардиографи с 4D и кардиология, ...“ (от медиите).

Годишно публичните ни болници получават от държавния бюджет около 200 млн. лева за капитални вложения – в т.ч. за нови медицински съоръжения и апарати. Точно колко и за какви остава неясно. Искаме нашите лекари да ни лекуват с най-доброто в света. Купуваме. Всичко. Колкото трябва. Отделяме условно пет пъти повече – условно 1 млрд. лв. всяка година.

Палиативните грижи

Медицината за съжаление понякога е безсилна да спаси живот.

Около 80% от пациентите със СПИН или рак и близо 67% от тези със сърдечносъдови проблеми ... изпитват непоносима болка в края на своя живот, отчитат от СЗО. Облекчаването ѝ е задължително етично условие, за да се облекчи страданието на тези хора и да се запази достойнството им, категорични са експертите (Уикипедия).

Една българска болница предлага такива грижи. За: пациенти с хронични белодробни заболявания ..., прекарвали инсулт, с тежки хронични заболявания, с онкологични заболявания, инвалиди, тежко болни в напреднала възраст... И – за още пет групи. Следва бележка: „престоят се заплаща по ценовразпис на болницата“.

Е – ще изоставим ли „болния, обречения, слабия“ (по К. Донков)? Категорично „не“. Да допуснем, че за заплащане на палиативни грижи са необходими 1 милиард лева. За всички нуждаещи се. Ще ги платим.

Лекарите ни и „другия“ персонал

Колко лева реално получава месечно общопрактикуващата ни лекарка или кардиологът в отделението ни? А медицинската ни сестра? В публичния здравен сектор институциите са „търговски дружества“ и заплащането на персонала им е скрито зад „търговската тайна“. Единствено учаваме, че част от лекарите ни и сестрите ни бягат в по-добре платени здравни системи.

Е – увеличаваме с по 1,500 лв. средно месечната заплата на лекарите и с по 1,000 лв. средно – на медицинските специалисти по здравни грижи. Общата сума е малко над 1 милиард лева. Възражения няма, нали?

Сметката

Маркирах бегло само пет от потребностите на здравната ни система (те са поне още толкова). По най-приближителни и нарочно груби изчисления излезе, че само за тях, като за един възможен минимален минимум към сегашните 4 млрд. лв. е необходимо да добавим още поне 5 млрд. лева.

А как ще я платим?

Сегашната ни система за финансиране, освен че не осигурява достатъчно пари (никоя никъде по света не осигурява), е и в значителна степен оплетена. Не е детайлно ясно кой и колко плаща и дали плаща изобщо, не е точно изяснена степенята на участие на трите плащащи субекта: държавата, бизнеса, гражданите. Или изискват се като минимум: реорганизация и прозрачност (или обратното).

Ето как може да изглежда проблемът условно (детайлите искат 10 дебели папки с по 100 стр. таблици и разчети):

1. Здравно осигурен е само гражданин, за който е внасяна определено време (условно 1 година) здравна вноска. Базовата ставка е минималната работна заплата (МРЗ) – 510 лв. за 2018 г. Неосигурен гражданин не може да прекрачи прага на публично здравно заведение. Със (или без) изключение на Спешна помощ?

2. При здравноосигурителна вноска 8% месечният ѝ размер е 41 лв. Значи годишно в Касата ще се събират като гарантиран минимум 3,6 млрд. лв. Според изследване на ИПИ у нас има около 1,5 млн. бедни, 1,5 млн. заможни и 4,2 млн. средна класа. Или има 5,7 млн. българи, с доходи над МРЗ, съответно вноските им ще са значително над 41 лв. месечно. По липса на по-точни данни приемам, че от техните здравни вноски ще се съберат още условно 3 млрд. лв. Общо в Касата се събират 6,6 млрд. лв. годишно.

3. Добавят се сумите от държавния и общинските бюджети, отделяни и понастоящем за издръжката на публичните здравни заведения – кръгло 800 млн. лв. Събраха се 7,4 млрд. лв. – прилично увеличение на сегашната сума от 4 млрд. лв.

4. Вноска от 9% ще направи общата сума 7,9 млрд., а вноска от 10% – 8,4 млрд. лв. Така ще може да достигнем най-развитите държави, в които се отделят 10 – 12% от брутният вътрешен продукт за здравеопазване.

5. Държавата ще заплаща вноските на определени категории граждани, но размерът на вноската ѝ не може да е по-малък от 8% (9% или 10%) от МРЗ.

За да може да се заплащат увеличените задължения, вероятно ще се наложи орязване на някои други държавни разходи. Може да съкратим хиляда блока за саниране, стотина километра магистрала, десетина спирки на метрото, малко детски градини. Още какво?

Резултатът

В държавите с най-големи успехи в опазването на здравето очакваната средна продължителност на живота е около 83 г. У нас е 75.41 г. Значи – с допълнителните 4 милиарда лева може да „добавим“ максимум около 8 г. живот на всеки. Средно статистически.

Дискусия

Струва си, нали? Или не? Дали да направим Фейсбук страница? Или да свикаме референдум? Или пък се съмняваме? Много експерти не намират пряка връзка между обема на парите, отделяни за здравеопазване, ефективността на здравните системи и качествените параметри на здравето.

„...размерът на отделяните средства за здравеопазване не са решаващи за неговата ефективност. Класически пример са САЩ. Там се отделят по 9,400 долара на глава от населението и 17.14% от БВП, но ефективността на здравеопазването е една от най-ниските сред изследваните държави. САЩ са по-неефективни дори и от България, където се отделят 662 долара на човек и 8,44% от БВП отива за здравеопазване.

Голямото увеличение на средствата за здравеопазване също не е от решаващо значение за челните места в класацията. В Швеция средната продължителност на живота

е 82 години, на човек се отделят 6,800 долара за здравеопазване и 12% от БВП отиват за здраве”.

Виж много данни и още интересни коментари в: <https://offnews.bg/zdrave/zdravnata-ni-sistema-sred-naj-neefektivnite-v-sveta-spored-klasacia-n-636859.html>.

Нещо като насока за мислене

Ако ни предложат всеки от нас да плаща (пряко от дохода си или косвено – през бюджета) месечно по 50 лв. (10% от МРЗ) за евентуално по 8 години „допълнителен живот“, вероятно ще откажем. Ето възможни оправдания и мои микро-коментари към тях:

а) Бедни сме.

Ами значи не можем да си позволим толкова скъпа здравна система.

б) Много се краде и злоупотребява.

Никой не може да докаже, че у нас ситуацията е по зле в сравнение с тази в Германия, Франция, Великобритания или САЩ, например. Но, че можем и трябва да си направим системата много по-прозрачна и така – силно контролируема е безспорно.

в) Системата ни е неефективна.

По света няма нито една система единодушно призната за най-ефективна.

Заклучение

Всички трябва да се съгласим с определено равнище на здравните ни разходи и да спрем да повтаряме мантрата, че „сме бедни“. С колкото се съгласим, с толкова ще разполага системата ни. От тук нататък всичките ни усилия трябва да се насочат към повишаване на ефективността на наличните ни: персонал, материални ресурси, финанси.

Коя здравна система да изберем?

В тази статия предлагам кратък преглед на някои разпространени модели на здравни системи с техни предимства и недостатъци. Дали можем да си изберем някоя „по- или най-ефективна“?

След като решим проблемите, описани в предните разсъждения, т.е. след като определим наличните си пари, има да решаваме как да си организираме здравната система. Или – към кой от съществуващите в света модели за управление и финансиране да я ориентираме. Следва бегъл поглед към най-интересните им характеристики.

Модел на централно бюджетно финансиране

Предимно държавна/общинска собственост на здравните заведения, централизирано управление и финансиране. Конкуренция на практика няма. Достъпът се регулира: през първичната помощ се стига до общинската болница. От нея – при необходимост се стига до по-висшите по ранг болници.

Предимства:

1. Лесен за контрол.
2. Евтин.
3. Няма конкуренция и отгук няма стимули за здравните институции да „привличат“ и задържат пациенти
4. Има абсолютно равенство в достъпа до здравни услуги.

Недостатъци:

1. Няма стимули за потребителя да опазва здравето си.
2. Няма стимули за лекарите да работят качествено – те са на заплата, слабо зависеща от количеството и качеството на работа.
3. Няма ясно дефинирани „пакети“ здравни услуги, които задължително да се осигуряват.
4. Има списъци с чакащи (понякога дълго) пациенти.

Моделът съществува във Великобритания, Италия, Испания, Дания, Финландия, Швеция, Ирландия. В много изследвания той се нарича и модел „Бевъридж“. Сходен на него беше и моделът в България и бившите социалистически държави, вкл. и СССР.

Моделът „Бисмарк“

Всеки гражданин (с малки изключения) е задължително здравноосигурен, като заплаща вноска в осигурителен фонд. Вноските се поделят между работещия и работодателя в различна пропорция в различните държави. На пазара има много фондове, които се конкурират за клиенти. В някои държави конкуренцията е и по размера на вноската, и по брой и вид на предлаганите услуги.

Пакетът от здравни дейности и лекарства, заплащани от фондовете е лимитиран. За получаване на дейности извън този пакет, има възможност за сключване на частни здравни застраховки.

Пациентът може да избира доставчици на здравни услуги, с което се осигурява конкуренция. В някои държави фондовете заплащат и услуги на частни здравни заведения.

Предимства:

1. Конкуренцията между фондовете гарантира, че не може да има монополно високи цени на услугите им.

2. Свободният избор на пациента принуждава доставчиците да се конкурират по качество на услугите.

Недостатъци:

1. Има определено неравенство в получаването на здравни услуги, породено от участието в различни фондове и избора на различни здравни заведения.

2. Наличието на много фондове с техните администрации прави системите по-скъпи в сравнение с тези на национални здравни служби.

3. Фондовете могат да избират „по-изгодни“ (т.е. по-здрави) клиенти. А и без специално да избират може да се получи концентрация на по-стари, по-болни и пр. „неизгодни“ клиенти. За известна неутрализация в отделните държави има множество различни мерки: контрол от държавата, преразпределение на част от доходите на фондовете, дофинансиране на осигуряване от държавата и пр. и пр. Това осъществява допълнително функционирането на цялата здравна система.

Моделът (с множество национални специфики) е разпространен в Германия (откъдето произтича и неофициалното му наименование), Франция, Холандия, Швейцария, САЩ, Австралия и др.

Моделът „Сингапур“

Съществуват няколко взаимодопълващи се и донякъде взаимнопокриващи се здравноосигурителни фондове. Всеки работещ задължително внася част от дохода си в основен фонд. Друга част от вноската се заплаща от работодателя.

Вноската се натрупва в „лична здравна сметка“. От нея осигуреният заплаща извънболничната и болнична помощ, както и медикаментите, потребени от него, респ. от членовете на семейството му.

При навършване на 55-годишна възраст осигуреният има право да използва евентуалния остатък от личната здравна сметка за заплащане на широк спектър от социални нужди: жилищни, повишаване на образованието, инвестиции и пр. При смърт на титуляра, средствата от сметката се превърлят на предварително посочено от него лице/а.

В други два фонда се прави допълнителна застраховка за скъпоплатено лечение, като средствата за него могат да се вземат от личната здравна сметка. Държавата финансира отделен фонд за бедни, които не могат да участват в другите фондове.

Предимства:

1. Осигуреният получава пълна информация за здрав-

ните си разходи.

2. Осигуреният има силни икономически стимули да ограничава потреблението на медицински услуги.

Недостатъци:

1. Има определено неравенство в ползването на здравни услуги, защото то зависи от: индивидуални решения и от количеството средства, натрупани в личните здравни сметки.

2. Солидарност на практика не съществува. Познатите в много европейски модели принципи: „богатият плаща за бедния“, „здравият за болния“ и пр. не съществуват.

Моделът съществува в държавата Синагур, от където произлиза и неформалното му наименование.

Моделът „Орегон“

В достъпната литература този модел не се разглежда като нещо отличаващо се от стандартните модели, разгледани по-горе. Но в него има неща заслужаващи внимание.

В американския щат Орегон са взели решение да се обединят средствата, постъпващи по държавните здравни програми „Медикейд“ и „Медишайд“ в общ пул. За ефективното им управление е разработен „Приоритетен списък на здравните услуги“. Първата му версия е разработена през 1994 г. От тогава се усъвършенстват: критериите за включване на отделни лица, методологията на включване на здравни услуги, както и самият Списък.

В последната версия (2017 г.) в Списъка са включени 660 двойки „състояния-лечения“, а извършването на 600 се заплаща от въпросния пул. Леченията са: лекарски прегледи, болнично лечение, заплащане на лекарства, поддържане на психичното здраве.

Критериите за включването на дадена двойка в списъка са: ползата за индивида в термини на клинична ефективност, анализ „разход-ефективност“ и много други детайлно описани процедури и формули.

Най-характерната особеност на модела е „Линията“. В зависимост от наличните в пула пари, Списъкът се пресича от разделителна „линия“. Лечението на двойките над „линията“ се заплаща от пула, на тези под нея не се заплаща. Пациентите трябва да го платят от джоба си или да имат допълнителна частна застраховка.

Именно тази „линия“ е предмет на изключително остри дискусии (Гугъл показва над 39 милиона публикации). Диапазонът се простира от „да се плаща за едни болни, а за други не – е нечовешко“ до „всяка здравна система има ограничени пари и винаги разделя невяно болните с различно по количество и качество лечение“.

И ето един видим резултат. В ранните версии на „Списъка“ въпросната „линия“ е явно и откровено отпечатана, придружена с бележка: „дейностите под „линията“ не се заплащат от пула“. В късните версии (вкл. и тази от 2017 г.) линията няма, а само дискретно в текста се отбелязва, че лечението до „двойка номер хх“ се заплаща.

Интересни са поне 5 характеристики на въпросния Списък:

1. Детайлното изброяване на всички диагнози, описващи дадено състояние според двете базови международни класификации.

2. Детайлното описание на възможните терапевтични процедури – според международната им класификация.

3. Максимално точното изчисляване на необходимите разходи – за всяка отделна двойка „състояние-лечение“. В последните версии е използван независим външен оценител – огромна международна финансова компания.

4. Максимално детайлно описание на изискванията, на които трябва да отговаря получателя на лечението: възраст, Боди-Мас Индекс и много други жизнени показатели, доказано посещение на профилактични прегледи, доказано спазване на предписан режим и много други.

5. Интерес представлява последната „двойка“ (в нефинансираната част на „Списъка“): „Смесени състояния със или без минимално ефективни терапии или без да е необходима терапия“.

Изобщо, без да дискутирам етичните постановки („може“ или „не може“) и медицинската част (не съм лекар), прави впечатление изключителната педантичност на разработката. Някак е подчертана тезата: „ние харчим публични пари, следователно сме избрали „двойките“, които имат максимално доказана полза за отделния индивид и за обществото като цяло“.

И като доказателство за този стремеж са представени авторите на „Списъка“ и на придружаващите го документи – с кратки биографични бележки.

Обсъждане

Естествено, от 10-15 реда описание на даден модел не може да се получи представа за същността му и за предимствата и недостатъците му. По-интересното е, че и след задълбочено изучаване на спецификите в конкретна държава, големи експерти пак не са единодушни в оценките си. Или – в света няма „най-добър модел“.

Което е нормално. Първо, става въпрос за здравето ни – най-необхватната човешка характеристика. И – за измерване на категории като страдание и смърт. Второ – за анализ и избор на огромното множество достъпни медицински технологии, което се обогатява едва ли не всекидневно. Това трябва да се синхронизира някак с наистина безкрайните ни човешки потребности. Накрая (или още в началото) – да се изчислят необходимите пари за дейността на реална здравна система.

Заклучение

Редно е веднъж „завинаги“ (условно разбира се) да изберем модел за развитие на системата ни и всички по-нататъшни усилия да насочим към неговото усъвършенстване. Както между другото правят повечето развити държави по света.

За кого с предимство?

Събираме нашите светилина в медицината (имаме за щастие много) и под тяхно ръководство проектираме най-добрата в света здравна система. Тя започва, разбира се, с профилактиката. Оставяме настрана здравословните храни, чистия въздух, алкохола и пр. – с тях се занимават други държавни системи. Обсъждаме само ролята на медицинската профилактика.

Ето и една фантазия – всеки наш ден започва със задължителен микропрофилактичен преглед. Уред електронен ни измерва важни медицински параметри и ни препоръчва: диета, физически режим, трудова дейност и пр. и пр. Ако пофантазираме още – и в течение на деня ни контролира дали го спазваме. Един път месечно ни преглежда лекар – и корегира препоръките. Великолепно?

Идват финансистите (неизбежното зло). Уредът струва условно 100 лв. Или за 7 млн. граждани – 700,000,000 лв. Прегледът при лекар струва условно 20 лв. 20 x 12 x 7 млн. правят 1,680,000,000 лв. Общо – 2,4 милиарда лева.

Оставяме настрана дали ще се съгласим на така контролиран живот и дали няма да намерим начин да „кръшнем“. Въпросът е – съгласни ли сме да го платим?

Изборът

Очевидно НЕ. И основният довод ще бъде, че нямаме достатъчно пари. Трябва да съкратим програмата. Или – да въведем ужасяващите за някои думи „приоритет“ и „избор“. Съкращаваме уредите. Правим прегледите при лекар 1 път годишно. Необходимата сума става 140 млн. лв. Това вече не е фантазия, а поносима реалност.

Но. За някои хора обаче се налагат по-чести прегледи. За кои обаче? Чие здраве е по-важно за нацията? Това на бебетата, на учениците, на подрастващите? Или на младите (условно до 30 г.)? А това на зрелите хора, а на бабите и дядовците ни – които логично боледуват повече? Или на жените – нали те ни дават живота. Да, ама на кои: на още малките, на тези в „репродуктивна възраст“, на майките или на тези, които разправят приказки?

Ето и повод за още колебания.

Според някои изследвания ценността на човешкия живот за обществото е най-ниска в детска възраст, увеличава се стръмно до 25-30-годишна възраст и после започва да намалява, намалява...

Съзирам някаква логика: човек на 25-30 г. е вече проявил способностите си и поел по пътя на живота – т.е. той твори нещо полезно за всички. А някои от тях правят дори лоши неща.

Та ето поле за дискусии. Имаме: минимум 140 млн. лв. и (абсолютно условен) максимум – 2,4 млрд. лв. Кои групи хора са по-ценни за нацията, за да ги обхванем с повече профилактични прегледи от останалите? Колко прегледа за всяка отделна група? Колко пари да инвестираме за група и общо за всички заедно? Философи, моралисти, демографи, специалисти по етика, политолози, хора на изкуството, лекари и пр. и пр. Помагайте.

Още избори

Постарах се да покажа, че парите за здравни грижи не достигат. Никога и никъде по света. И за това управляващите на всяка здравна система по света имат задача: измежду всички нуждаещи се, да изберат кои са най-нуждаещите се, за да насочат по-приоритетно към тях най-много ресурси.

В опит за илюстрация избрах най-простия възможен пример – този с профилактичните прегледи. Но проблемите с избора са много и ужасно по-сложни.

Сега предлагам реална задача: в кои направления да вложим повече ресурси:

- ▶ профилактика (разните видове), лечение, рехабилитация, палиативни грижи;

- ▶ първична помощ, болнична помощ, спешна помощ, а имаме и слабодифинираното понятие „неотложна помощ“;

- ▶ помощ по отделните медицински специалности: само видовете отделения в УМБАЛ са 27, като в по-ниските по ранг болници намаляват до 20;

- ▶ помощ по видове медицински дейности: медикаментозно лечение, хирургично, лъчетерапия, санаториално, още какво?;

- ▶ помощ според образованието на медицинското лице: долекарска, лекарска, санитарни. В някои държави медицински сестри със специална квалификация имат право на самостоятелна практика. А помощ според квалификацията: хабилитирано лице, лекар със/без специалност?;

- ▶ помощ според „ранга“ на заведението: градски, общински, областни, университетски болници. А многопрофилни или специализирани болници?;

- ▶ помощ според болестите: има група болести наречени предотвратими, има болести довеждащи до смърт, има болни в т.н. „терминален стадий“.

Забележка. Направленията са много повече и силно преплитачи се. Тук са умишлено опростени.

Получава се представата, че здравната система е многомерна матрица – да кажем като кубче на Рубик, но с много повече страни, значи съставено от много повече отделни фигурки (в 3x3x3 кубчето са само 27). И за всяка отделна фигурка (вид помощ) трябва да се изчисли – какви и колко пациенти се очакват и какви ресурси да се осигурят. И – колко пари – за всяка по отделно и общо за системата?

Моделът „Орегон“

В предна статия представих накратко модела за публично финансиран здравни грижи, наричан разговорно „Орегон“. В него експерти са подредили здравните грижи в „приоритетен списък“, според ценността им за обществото така:

1. Бременност;
2. Раждане;
3. Профилактични дейности с доказана ефективност;
4. Лечение на проблеми, свързани с употребата на субстанции;
5. Зависимости от тютюна.

Следят още 660 „състояния-лечения“.

Нещо важно: тази подредба определя не само важността на отделните контингенти и грижите за тях, но и количеството пари, с които тези грижи ще се заплащат от публичните фондове там.

А какви са нашите приоритетни грижи, за които да отделим повече пари. Кои, колко?

Нещо изключително важно – лимитите

Парите за здравни грижи не достигат. Никога и никъде. За това дори и в най-богатите и добре организирани здравни системи по света има неприятната за много нормални хора дума „лимити“. Красноречив пример е „общ таван на здравните разходи“, определен от правителството (Холандия). Още: „безплатно – само за деца до 6 г. и за възрастни над 65 г.“ (Италия); такса, плащана от потребителя: 30% за консултация при ОПЛ и 46% – за преглед при специалист (Белгия); 4,25 евро за издаване на медицински документ (Австрия); такса за еднократен болничен престой 9 евро, (Германия); такса от 8,41 евро за всяко назначение (Финландия); 10% от таксата за всички извършени дейности от ОПЛ се заплаща от пациента (Швейцария) и т.н. и т.н.

Списъкът с подобни „лимити“ е ужасяващо дълъг.

Е – за кои групи наши пациенти може и трябва да има някакви лимити?



Обобщение

Има един класически пример за казус от лекарската етика: „имате двама тежко болни пациенти. Имате ресурси да спасите само един от тях. Кого ще спасите?“

Около примера се развиват огромни и неспиращи дискусии в цял свят. Това е проблем на експерти.

Същият пример – умножен по 7 милиона (в българския случай), вече става национална задача. Тя трябва да се реши от цялото ни общество и от най-светлите ни умове. Опитвах да покажа, че същата тази задача се опитват да решат и общества с много, много пари, и общества с малко пари. Т.е. проблемът с избора „на кого с предимство“ е стоял, стои и ще стои и е слабо зависим от количеството на парите.

За съжаление въпросът „на кого“ не се формулира коректно – от позициите на нуждите и ползите за обществото ни като цяло. В тази обстановка отделни експерти и политиканстващи лешояди ни убеждават, че здравето на индивида „А“ или контингента „Б“ било от изключителна важност. И как държавата (конкретното в даден момент правителство) трябвало да реши проблема. Никой обаче не смее да покаже, че за да отделим повече пари в едно направление, трябва да намалим парите в друго и така да осъдим на страдание и смърт други хора.

Трети ни засипват с красиви лозунги, как трябва да сме хуманни, без да кажат колко струва дадена „хуманност“.

Именно в тази посока ми се струва интересна визията, прозираща в неявен вид от прегледа на модела „Орегон“:

„Уважаеми граждани, с ограничено количество предоставени ни ваши пари сме избрали най-ефективните здравни дейности, с които здравето на всички осигурени жители на щата максимално ще се подобри“. Следват имената на експертите.

Дали под подобни думи биха се подписали български експерти?

Иначе политическите лозунги „здравето е ценност за всички“, „ние няма да изоставим никого“ и пр. и пр. са красиви, но на практика са празни. И значи излишни.

НЯКОИ ПРОБЛЕМИ ПО ФИНАНСИРАНЕТО И ЗАПЛАЩАНЕТО НА КРЪВОДАРЯВАНЕТО У НАС

Н. Андреев

Увод

Организацията, управлението и икономиката на процесите на кръвонабиране, разпределението на кръвта и кръвните продукти в България се регламентира с редица нормативни актове [1, 2 и др.]. Изградена е система от центрове и отделения на три йерархични равнища за набиране, преработка, съхраняване и разпределение на кръвта и кръвните продукти. Кръвонабирането у нас се базира на доброволното кръводаряване, като кръводарителите могат да се стимулират със символични подаръци.

Във финансирането на кръводаряването има обаче редица проблеми. Някои идеи за тяхното преодоляване разглеждаме по надолу.

Организация на кръвонабирането и на снабдяването с кръв и кръвни продукти на територията на страната

Водеща институция е Националният център по трансфузионна хематология (НЦТХ). На следващо равнище са 4 Регионални центрове по трансфузионна хематология (РЦТХ) в Пловдив, Варна, Плевен и Стара Загора, плюс Център във Военно-медицинска академия – обслужващ потребностите на Въоръжените сили. На трето равнище има разкрити 23 Отделения по трансфузионна хематология (ОТХ) към всяка МБАЛ – без тези с РЦТХ.

ОТХ набират кръв от доброволни кръводарители и ги предават на РЦТХ, респ. на НЦТХ. ЦТХ диагностицират