

цията като модел е изграден повсеместно. Трябваше аз и семейството ми да се впише в този модел. Началото бе трудно и стресово. Минават 5 -10 години, за да може човек, занимаващ се с наука да стъпи на краката си. Отчитам, че семейството ми беше голямата опора. Децата бяха малки. Порастнаха и се изучиха в САЩ. Гордея се с тях. Дъщеря ми Марта работи в Харвард, а синът ми Христо работи в Чикаго като инженер по комуникациите.

Съпругата ми инж. Лили Горанова се справя успешно като майка, домакиня и сътрудник към Института по здраве в Чикаго, където вече 20 год. поддържа статистическата база данни по „Проблем зависимости“.



— **С какво послание бихте завършили нашия разговор?**

— Смяната на континентите изисква пренареждане на много ценности, които първо засягат начина живот, а от там и много други промени. Семейството ни с удоволствие идва в България. Много ми се иска нещата тук да се оправят по-бързо.

С какво послание да завърша... Послание е силно казано, но може би с думите, че *човек трябва бъде последователен и да не се отчайва и отказва след временните неуспехи*. В края на краищата както в медицината, така и във всяка друга специалност човек трябва да се стреми да остави следа.

*Интервю и снимка: доц. Петър Цонов*

## СТРАТЕГИЯ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА – ИЗДАНИЕ ВТОРО<sup>1</sup>

*Б. Давидов*

**Н**а фона на непрекъснатите призови за „повече пари в здравеопазването“ си позволявам да опонирам: в нереструрираната здравна система колкото и пари да се налят, те ще потънат, без реална и най-вече – без устойчива полза. Мисълта не е моя и не е нова: изричана е отдавна, изричана се и днес от наши водещи здравни ръководители, учени от БАН, експерти от Стопанската камара и специалисти от Световната банка.

И вече като че ли се очертава потребността от още по-нова стратегия<sup>2</sup> за всеобхватна здравна реформа. Отлично. Но за да е работеща, стратегията трябва да посочи начини за решаване на:

### Минимум три огромни проблема:

**1. Големият брой здравно неосигурени лица.** Изчисляват се между 1 и 2 млн. души – съответно не внасят в Касата около 800 млн. лв. Аз специално не мога да видя елегантен начин за решаването на този проблем. Да им се спре медицинското обслужване (освен спешното) – не е демократично и не е социално, да им се предложи само някакво евтино такова – мирише на сегрегация, да продължат да не плащат – то си е експлоатация на плащащите и рушене на солидарния принцип. Може би има още начини?

**2. Пълно заплащане на вноските на осигурените от държавата.** Това са деца, пенсионери и пр. С известно прекрояване на бюджета това по принцип може да стане – в Касата ще влизат годишно минимум около 350 млн. лв. допълнително. Което без да реши възлови проблеми, все пак е нещо добро. Така обаче здравноосигурителната ни система ще се превърне в смесена – бюджетноосигурителна. „Каквато и да е – важното е да има пари“, би казал някой и може би е прав.

**3. Намаляване на броя на разкритите болнични легла.** Казано, писано и доказано отдавна – 45 000 болнични легла са много и близо 2 милиона пациенти на тях годишно са ужасно много.

*(Между другото само наличието на тези два милиона пациенти руши мита за „недофинансираните клинични пътеки“. Защото, ако всички „пътеки“ бяха недофинансирани, всички болници щяха да фалират, и сега изобило нямаше да има проблем.)*

В Националната здравна карта е изчислено от експерти, че минималният брой болнични легла в страната трябва да е около 30000. Значи оптималният брой легла трябва да е някъде между тези две величини. Или – ще трябва да се закрият много легла. Как обаче да се закрият вече разкрити легла, за които има назначен персонал, закупена апаратура, създадена технология? А има и пациенти. Тук учебниците по здравен мениджмънт не подсказват решения. Ще трябва да се търсят нетрадиционни такива.

И ако това са стари, известни и дълго, и напоително обсъждани проблеми, днешните здравни ръководители формулират и цяла група нови, да ги нарека

### Проблеми на здравните технологии

Най-общо става дума за анализ на начините на обслужване на пациентите „вътре“ в здравната система. Измислен пример:

*Лицето А.Б. е на 50 г. и досега е нямал никакво оплакване, съответно – нямал е контакт със системата. Почувства болка и отива при ОПЛ. Получава рецепта, но след 20 дни болката не минава. ОПЛ назначава изследвания и консултация със специалист. Нова рецепта. Минават няколко месеца: пак болка – специалист, изследвания, друг специалист, нови изследвания, накрая – болница. Диагноза: злокачествено новообразуване на..., в четвърти стадий. Операция, два вида терапия, още една хоспитализация, диспансеризация. След 2 години А.Б. умира.*

### Има ли грешки?

1. По-лесното: основна грешка на лицето е, че не е ходил на задължителните профилактични прегледи. Първите признаци на неговото заболяване е можело да се открият именно на такъв преглед и то поне две години преди появата на болките. То е лечимо – но в стадии 1 и 2. Това – по-надолу.

2. По-трудното: грешки в здравните технологии. Могат да се анализират огромен брой въпроси. Например:

Коректна ли е била началната диагноза на ОПЛ? Аналогично – на лекаря специалист? Има ли загубено време между различните прегледи и изследвания? Има ли излишни или неправилни назначения? Възможно ли е било диагнозата

<sup>1</sup> Редактирана версия на статия, публикувана във в. „Дневник“ (електронен), 16 април, 2014 г.

<sup>2</sup> Имам предвид скоро публикуваната Стратегия на Министерството на здравеопазването 2014-2020 година.

да се постави в по-ранен стадий на заболяването? Правилно ли е назначено болничното лечение? Има ли излишни последващи хоспитализации? Какво е направено след изписване от болницата и правилно ли е било? Съвпада ли евентуалната патолого-анатомична диагноза с диагнозите, поставени в предишните етапи? И така нататък.

За да се анализират проблемите в технологиите, трябва лекар с много висока квалификация да тръгне по „пътя“ на пациента А.Б., да провери съответната документация във всяко отделно звено и да предложи заключения за евентуално допуснати грешки.

Дали това може да стане? Ако за примерно 1000 пациента това е поне теоретично възможно, то е невъзможно за всички около 110000 починали годишно и е абсурдно за всичките около 2 млн. пациенти, изписани от болницата годишно.

Какво тогава може? Да се анализират проблемите само на избрани по някакъв критерий пациенти – примерно: на представителна 5%-на извадка от всички, на деца, на майки, на пациенти с определени диагнози, на някои от починалите и пр.

Така или иначе за подобен анализ трябва да се ангажират усилията на голям брой висококвалифицирани лекари. И най-вече – този анализ ще бъде ретроспективен – след като събитията вече са се случили.

А дали може да се извърши

### **Анализ на здравните технологии в реално време?**

Има нещо интересно, което го помнят само ветераните. Далеч назад в годините, когато компютрите заемаха цели зали и харчеха ток като металургична пещ, в тях постъпваше информация за: всеки амбулаторен преглед, всеки изписан пациент, всяка направена имунизация, всеки издаден болничен лист, всеки инвалид, всеки разход във всяко болнично отделение, всеки лекар и пр. и пр. Данните се въвеждаха от хартиените отчетни документи по типичната офф-лайн технология. На „изход“ се получаваша десетки килограми ленти с хартиени таблици. Друг е въпросът дали данните от тези таблици се използваша пълноценно за управлението на здравната система, а и изобщо. По-скоро не – видно от тоталния крах на социализма.

От тогава насам компютрите увеличиха капацитета си, намаляха по обем (вече се събират в чантата ни) и се захранват с батерии. Някак пропорционално намалява и информацията, постъпваща от здравната система и пристигаща на бюрото на съответните висши ръководители. Значи – намалява се прозрачността в системата, съответно намаляват и възможностите за нейното управление. Дали тази тенденция е правилна? Докъде ще стигне ако продължи? Дали не трябва да се обърне?

Такъв анализ ще фиксира проблемите в здравните технологии почти във времето, в което се случват и ще има до някаква степен дори превантивен характер. Звучи фантастично – т.е. невъзможно. И все пак да опитам.

При всеки контакт на пациента със здравната система в съответния компютър се въвеждат като минимум следните данни: ЕГН (значи възраст и пол), диагноза (насочваща, предарителна, уточнена, окончателна, патолого-анатомична и пр.), назначени изследвания, процедури, вид лечение и пр. Въпросът е всички тези данни да се съберат на едно място, например в един сървър.

Оптимистите весело ще кажат, че това събиране ще стане, когато заработи „електронното здравеопазване“ с неизменния му компонент „лично здравно досие“. Песимистите мрачно ще изтъкнат трудности. Има: различно хардуерно, системно и програмно осигуряване и пр. Няма: връзки,

единни протоколи, единни номенклатури и медицински езици, защита на данните и пр. И изобщо: трудно е, бавно е, скъпо е, сложно е – цели четиринадесет години (поне) това не можа да се направи. Значи?

Дали пък не може да се приеме едно палиативно решение? Примерно следното:

В края на всяка работна седмица (или защо не в края на всеки работен ден?) от всеки от въпросните компютри се извежда списък на преминалите пациенти, с минимум гореспоменатите данни. Списъкът се предава (на хартия, с емейл, или директно като файл) за въвеждане в централен сървър. След около месец в сървъра ще се натрупа „база данни“ за няколко милиона пациента и ще продължи да се обогатява.

Наред с това, гореспоменатите високо квалифицирани лекари – контролори ще изготвят алгоритми за търсене на: определени несъвпадения на диагнози, многократни посещения по кабинети и лаборатории, неоправдани закъснения, повторни и повече приеми в болница и пр. и пр. И при преглед на „базата данни“ автоматично ще се генерират списъци на пациентите и на медицинските звена с търсените проблеми.

Да – решението е палиативно, изключително примитивно, офф-лайн и ниско технологично – особено в „епохата“ на „уай фай“, интернет, облачни технологии и смартфони. И изисква малко допълнителни разходи. Но се очертават и определени ползи – без да се чака изграждането на „електронното здравеопазване“, буквално още „от утре“ ще може да се получи доста пълна и донякъде точна картина на проблемите в технологиите в здравната система и то в „реално време“. Или тя – здравната система, изведнъж ще стане силно прозрачна.

В един документ на Световната здравна организация се твърди, че „държавите не могат да управляват това, което не могат да измерят“.

От едно „измерване“ от типа на предложеното по-горе ще се получат възможности за различни анализи. Например: ще се проследи „пътя“ на пациентите в „дебрите“ на доболничната помощ, ще се анализират отделните хоспитализации и ще се открият нецелесъобразните; ще се контролира правилността на диагнозите в отделните звена, ще се открие правилността на съответните назначения, ще станат ясни сроковете, в които се случват отделните събития и ще се открият евентуални фатални закъснения и пр. и пр. На макро-равнище ще се докажат дисбалансите между доболничната и болничната помощи, ще се открие липсващото място на профилактиката и пр. и пр. Изобщо – ще бъде само въпрос на умения на контролиращите да формулират правилните въпроси.

Оттук нататък? Да допуснем, че подобни анализи са вече направени – част от проблемите са показани и дори са измерени количествено.

Примерно:

-  $x\%$  от диагнозите на ОПЛ не се потвърждават на следващите равнища.

-  $y\%$  от пациентите в болниците (по групи диагнози) постъпват в трети и четвърти стадий на заболяването, когато се изискват много ресурси и резултатът от лечението е печален

-  $z\%$  от пациентите в болниците постъпват по два, три или повече пъти в течение на една календарна година – в същата или в друга болница. И т.н.

Измерихме, анализирахме, намерихме проблеми. Появяват се нови въпроси:

### **Кой и как може да „управлява“ здравната система?**

И първият въпрос – кой например може да насочва,

координира, синхронизира, дори да управлява дейността на всички ОПЛ в страната? Аналогично – кой може да насочва, координира и пр. дейността на всички лекари-ендокринолози, на всички лекари-кардиолози и така нататък – на останалите видове специалисти. Аналогично – да насочва, координира и пр. дейността на всички болници – общо и по категории и т.н. А трябва ли да има органи с подобни управленски функции? Скромното ми мнение е, че трябва да има.

**Вторият въпрос** – по какви начини тези органи могат да влияят върху дейността на съответните звена? Примерно – като организират допълнителна квалификация по дадени проблеми, като издават насочващи и регламентиращи документи, като увеличават контрола, респ. и като налагат санкции. А още какви начини има?

Ето и **третият въпрос** – кои да са тези органи или поне към кои институции могат да се „включат“?

Дали да са към Касата? Или към Министерството на здравеопазването? Или към професионално-съсловните организации? Или към неправителствените организации? Или към „гражданското общество“, каквото и да означава това? Често коментираните решения от типа на: „тези, в съдействие с онези и със сътрудничество на ей-ония там“ са погрешни в корена си. На практика – това е изпитаната с годините споделена и колективна безотговорност.

В цялата здравна система трябва да се изгради ясна и непротиворечива система на управление, контрол и отговорност. И на единоначалие. По скромното ми мнение (развито в други мои статии) водещата роля трябва да е на държавния орган – Министерството на здравеопазването. Разбира се са възможни за дискусия и други мнения.

**Най-общо:** сегашната система на свободни и конкуриращи се „търговци“ (еднолични дружества) трябва да се примеси с някаква степен на държавно регулиране.

Отделен кръг изключително важни проблеми са извън рамките на здравната система и се отнасят до т.н. „система за здравеопазване“: жизнена среда, хранене, безопасни условия на труд, здравословно поведение и пр. Те също чакат информация, анализи и решения – но на съвсем друго равнище и за това тук не ги дискутирам.

### **А може ли да се „управлява“ гражданинът, преди да е станал пациент?**

Или – как може да се застави 50-годишен гражданин да ходи на профилактични прегледи? Известните начини са само два. Единият – пропаганда, обучение, дори реклама. Другият – санкция. Някъде „на запад“ има правила: „съответната Каса заплаща лечението, само ако пациентът е ходил редовно на профилактични прегледи“. И „ако си е внасял здравните вноски в течение на Т години“. Ако не – той си заплаща цялото последващо лечение по съответния цено-разпис.

### **Има ли здравна икономика?**

Понастоящем всички публични здравни институции свята спазват Търговския закон и отчитат само минимално изискуемата информация по баланса за приходите и разходите си. В най-добрия случай в края на годината показват преразходите си и искат заплащането им от принципала си.

И пак малко фантастика. Без да навлизам в детайли – това е отделна и огромна тема, само маркирам въпроса „дали не може посредством визираната по-горе примитивна офф-лайн технология, един централен орган да получава данни и за всички икономически процеси във всяка здравна институция“? И то – още от „утре“?



Нататък – с тези данни веднага ще заработи системата за „Национални здравни сметки“ – силно препоръчвана от Световната здравна организация и внедрена в редица държави. И тогава експерти ще могат да обсъждат конкретни проблеми на здравните технологии – примерно: парите за профилактика на инфарктите, за ин-витро процедурите или за рехабилитация на инсултите. А икономистите ще им помагат примерно с вътрешно-отраслови баланси и с оценки на здравната и икономическа ефективност на различните медицински решения, както и на отделни лечебни заведения. И ще се развие истинска здравна икономика.

Трудностите в тази посока са ужасно много и отдавна коментирани – законови ограничения, нежелание на мениджърите, търговска тайна, конкуренция, допълнителни разходи и пр. и пр. И само като насока за мислене: натрупаните преразходи от всички болници за една година надхвърлят 400 млн. лева. Ако се въведе подобна система, действаща в относително реално време, само икономите от премахването на подобни преразходи ще осигурят пари за редица нови програми. Ама имало ужасно много трудности – виж по-горе.

**Кой** да извърши всичко това? Дългото съществуване на тези проблеми доказва, че редуващите се здравни администрации в годините на прехода не можаха да се справят с тях. По скромното ми мнение това изобщо не би трябвало да е работа на администрациите. С риск да покажа професионално пристрастие, ще продължа да твърдя, че анализа на съществуващата и проектиране на усъвършенствана здравна система е специализирана научна и проектантска работа. Тя трябва да се върши далеч от напрегнатото ежедневие на висшите здравни администрации и от качествено различни специалисти (доказано между другото от великолепните анализи на Икономическия институт на БАН и от тези на Стопанската камара).

По откъслечни съобщения в медиите специалисти на Световната банка ще се заемат с въпросите на здравната ни реформа. Никак не се съмнявам в капацитета им – още повече, че те по условие имат натрупан опит от работа в редица държави, а и могат да работят относително по-отдалечени от местни влияния, каквито и да са те. И все пак – това не е ли negliжиране на националния експертен потенциал? Или пък е признание, че проблемите са толкова големи, а част от тях толкова политизирани, че се налага болезнени решения да се подкрепят само с безспорния авторитет на Световната банка?

### **Пак към началото**

Всички експертни мнения са единодушни в едно: в здравната ни система има цяла редица проблеми – структурни и функционални. И недостига на пари в нея далеч не е най-съществен. Следователно – има нужда от съществена реорганизация на структурата, функциите и управлението на здравната система. А първата стъпка е събирането на информация за процесите в нея.

Да започват експертите.

### **Вместо списък с литература**

Въпросното „палиативно, изключително примитивно, офф-лайн и ниско технологично решение“ беше приложено от нас за анализ на един сегмент от болничното обслужване. В резултат се получиха изключително информативни резултати – виж:

1. Кундурджиев Т., Б. Давидов (2006) Анализ на възрасто-половата структура и основните болести на пациентите над 60 г. възраст в публичните лечебни заведения в Р. България за 2004 г., В: „Старенето на населението – реалности и последици, политики и практики“, Сборник доклади от научна конференция, София, 31 май 2006 г. ЦИН – БАН, НОИ, София 2006 г.