ЗА НЯКОИ ОСОБЕНОСТИ НА ЗДРАВЕОПАЗВЕНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ

Вълчин Гаров¹, Светослав Гаров², Ангел Енчев¹, Димитър Гугутков¹

¹Катедра „Здравна политика и мениджмънт“, Факултет по обществено здраве,
Медицински университет – София

²Катедра „Медицинска педагогика“, Факултет по обществено здраве,
Медицински университет – София

SOME CHARACTERISTICS OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN BULGARIA

Valchin Garov¹, Svetoslav Garov², Angel Enchev¹, Dimitar Gugutkov¹

¹Department of Health Policy and Management, Faculty of Public Health,
Medical University Sofia

²Department of Medical Pedagogy, Faculty of Public Health, Medical University Sofia

РЕЗЮМЕ

Средствата, изразходвани в болничната медицинска помощ, нарастват неоправдано през последните години.

Необосновано се увеличава и броят на болниците, създаващо условия за свръхпредлагане на медицински услуги и дейности.

От съществено значение е да се конкретизират насоки за справяне и ефективно решаване на структурните проблеми на ниво болнична структура, като в центъра седи мениджърът, чиито компетенции трябва да са насочени към мотивиране на служителите за предоставяне на по-високо качество на обслужване, към преодоляване на трудностите, в които здравната система поставя работодателите в сферата на здравеопазването и пациентите.

Ключови думи: здравен мениджмънт, Национална здравноосигурителна каса, електронното здравеопазване, здравно осигуряване

ABSTRACT

The cost of hospital care has increased unjustifiably in recent years.

The number of healthcare institutions increases unreasonably, thus creating conditions for oversupply of healthcare services and activities.

It is essential to specify guidelines to address and effectively tackle the structural problems at a hospital structure level, with a manager in the center and his/her competence being aimed at motivating employees to provide for higher quality of services in order to help health care workers and patients overcome the difficulties resulting from the health system.

Keywords: health management, National Health Insurance Fund, e-healthcare, health insurance

СТРУКТУРНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Средствата, изразходвани в болничната медицинска помощ, прогресивно нарастват. От 2008 до 2013 г. те се увеличават с 44%. В конкретни цифри това означава, че се изразходват още 661 млн. лв. спрямо преди, като това не е довело до съществени подобрения в здравното състояние на обществото (1) (фиг. 1).

Фиг. 1. Разходи за болнична помощ (в млн. лв.)

Необосновано се увеличава и броят на болниците, създаващо условия за свръхпредлагане на медицински услуги и дейности, особено на такива, които са доходноосигурени и инвестицията води до положителен финансов резултат в много кратък времеви период (2). За тях от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) е въведен механизъм на финансов автоматизъм. Това довежда до значително и неясно увеличаване на средствата, изразходвани от НЗОК за болнична медицинска помощ. През 2013 г. приблизително 30% от ресурса на НЗОК за столицата е използван от лечебни заведения, които са създадени и разкрити през последните години (10).

Имплементирането на регулативни стандарти в извънболничната помощ, лимитирането на дейности и услуги в болничната медицинска помощ, а също така и хроничните нерешени проблеми със специализациите на медицинските специалисти доведоха до това, че паричните средства на здравните институции, което е пряко свързано със средствата, които получават работещите там, да не зависят от обема и вида на извършената работа.

Няма транспарентност в това какво се извършва в системата на здравеопазването. Не се правят достатъчен обем обработка на данни и последващ анализ на постъпилата информация за изразходваните средства за различните групи от населението, за появилите се трудности при осигуряването на здравни грижи, за бъдещи здравни приоритети.

Мониторингът на системата се реализира предимно чрез анализ на регистрационна дейност. Не се акцентира достатъчно върху превенцията на заболяванията и промоция на здравето.

Не са внедрени общовалидни правила за контрол и оценяване на качеството на извършената дейност и ефективността, постигната в медицински аспект от конкретните клиники, отделения и болнични здравни заведения, а също така и на всеки отделен здравен специалист.

Установяват се проблеми и по отношение на медицинската експертиза – най-вече при установяване на вида и размера на пенсиите за инвалидност и при болничните листи.

Все още се възпрепятства внедряването на електронното здравеопазване, което е от съществено значение за „изсветляване“ на дейностите в здравеопазването, за подобряване на качеството на предлаганите медицински услуги и за по-разумно изразходване на финансовите средства в системата.

Липсва адекватна съвременна политика на държавно ниво за справяне с отдавна персистиращия проблем относно големия брой на лицата, които не са здравноосигурени. Във тази връзка съществува неяснота кой да носи отговорност за заплащането при извършване на медицинските разходи при тези хора. На този етап това става за сметка на парите на лицата, които са здравноосигурени, което е несправедливо спрямо тях. От друга страна, това води и до задлъжняване на болничните институции поради закупуване на необходимите медицински средства за лечуването на тези хора и последващото възстановяване на тези разходи от НЗОК, което нерядко става в непълен обем. Тъй като в държавния бюджет не са разписани финансови средства за възстановяване на тези разходи на болниците, това създава критични и конфликтни ситуации, от което страдат и медицинските специалисти, и пациентите.

Нарастват разходите на болничните спешни звена. В България се оказва, че поради сравнително лесната достъпност на центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП), те са претоварени с пациенти с минимални оплаквания или такива, които са в крайно тежко здравословно състояние. Освен това много здравнонеосигурени пациенти търсят звената по спешна помощ, за да им бъде осигурено лечение, без да се налага да плащат за лечението си. Всичко това води до снижаване качеството на оказваната спешна медицинска помощ и на нарастване на разходите на спешните медицински звена.

По същество НЗОК се е превърнала в моно-полна одържавена институция. Не съществува действително трипартитно управление, взимащо съвместно решения в Надзорния съвет и съответстващо на финансовите средства, чрез които участват отделните партньори (12).

МАТЕРИАЛНА БАЗА И МЕДИЦИНСКИ КАДРИ

На практика не се реализира дългосрочна инвестиционна политика за осъществяване на промени в сферата на здравеопазването. Немалък процент от здравните заведения функционират без модерно оборудване и при липса на достатъчно добре подготвени медицински специалисти, необходими за осигуряване на съвременно лечение на пациентите. Особено наболял е този проблем при малките населени места и такива в труднодостъпни региони, което в крайна сметка води до недостъпност на навременни и качествени здравни услуги за хората, живеещи в тези места (8,9).

Задълбочава се проблемът с недостига на медицински кадри по отношение на:

- Здравните специалисти с придобита специалност с всяка изминала година стават все по-малко като абсолютен брой, като това се отнася особено за: съдебните медици, анестезиолозите, педиатрите, хирурзите и др. Също така голяма част от тези, които са със специалност са в напреднала възраст, като мнозинството от тях са на възраст над 50 години.
- Отчита се неблагоприятна тенденция немалко от новозавършващите медицински професионалисти да търсят професионална реализация извън пределите на България. Според данните, за последната петилетка над 3000 лекари са предпочели да практикуват професията си извън страната.
- Едва около 5% от медиците са под 30-годишна възраст.
- Обезпокоителни са и данните за броя и възрастта и при медицинските сестри.
- Няма ясни стимули относно продължаващото медицинско обучение. Заявява се значимостта от постоянно повишаване на професионалната квалификация, но реалното осъществяване на тази задача, зависи основно от активността на съсловието и от самите медицински специалисти (11).
- Здравният мениджмънт не е на нужното ниво. Вместо компетентността и профе-

сионализмът да са водещи при заемане на високи управленски позиции в системата на здравеопазването, в действителност политическата принадлежност на здравните мениджъри се е превърнал в основен определящ фактор за това.

ЗАКОНОВА БАЗА

Много често се променят законите и наредбите, имащи отношение към системата на здравеопазването, което говори за нейната нестабилност. Основните закони в тази връзка – Законът за здравето и Законът за здравното осигуряване, са претърпяли изменения над петдесет пъти (5,6). Сходна е и ситуацията при Закона за лечебните заведения и при другите здравни закони (7).

Редица дейности в здравеопазването се заплащат директно (кешово) от самите пациенти или се доплащат в немалка степен. Законово обаче в повечето случаи това не е точно регламентирано и ценообразуването извън пакета услуги, заплащани от НЗОК, често почива на неясни критерии. По принцип доплащането е узаконено, но формирането на конкретните суми и остойностяването му не стъпва на точно дефинирани и общовалидни за системата стандарти. Тази неизясненост води до затруднение и при осъществяване на държавен мониторинг по този аспект на лечебните заведения.

ЕФЕКТИВНОСТ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Проблемите, свързани с финансирането и здравеопазването и най-вече хроничния недостиг и неоптимално разпределение и разходване на средствата, са едни от най-съществените причини за незадоволителната ефективност на настоящата система на здравеопазване.

Според оповестените данни официалните публични разходи в системата за периода 2008–2014 г. са нараснали с 23% – от 2815 млн.лв. на 3468 млн.лв. За същото време разноските на всеки гражданин са нараснали с повече от 50%. Според демографските данни през изследваните години жителите на държавата са станали по-малко с около половин милион души, което означава че са нараснали съответно разходите на едно лице.

Важно е да се подчертае, че с всяка изминала година все повече се увеличават сумите от НЗОК, които се насочват към частните болници за сметка на държавните. Прогресивно нарастват и средствата, които населението отделя за доплащане

и/или за директно (кешово) плащане за здравни услуги, консумативи за профилактика и лекарствени продукти. Всичко това води до допълнително финансово натоварване на домакинствата – през 2006–2011 г. разходите на домакинствата за лекарства и други здравни продукти са нараснали почти двойно – от 1072,4 млн.лв. за 2006 г. на 1833,6 млн.лв. за 2011 г. (фиг. 2).-

През следващите години тенденцията се запазва.

Фиг. 2. Разходи за медикаменти и други медицински продукти и консумативи (в хил.лв.)

Въпреки че на глава от населението непрекъснато всяка година нарастват изразходваните средства от НЗОК, това не е довело до съществено подобрение в здравния статус на българските граждани, което е показателно за недостатъчната ефективност на здравната система.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От съществено значение е да се конкретизират насоки за справяне и ефективно решаване на структурните проблеми на ниво болнична структура, като в центъра седи мениджърът, чиито компетенции трябва да са насочени към мотивиране на служителите за предоставяне на по-високо качество на обслужване, към преодоляване на трудностите, в които здравната система поставя работещите в сферата на здравеопазването и пациентите (3,4).

ЛИТЕРАТУРА

1. Българска стопанска камара. Доклад „Здравеопазване 2014 г.: състояние, проблеми, решения, предизвикателства“. София, март 2014. – В: www.bia-bg.com/Zdraveopazvane-2014
2. Веков, Т. Стратегия и управление на маркетинга – принципи и приложение в здравеопазването. София, 2011. 320 с.
3. Воденичаров, Ц. 10-те принципа на медика и мениджъра. София, Симелпрес, 2010. 146 с. ISBN 978-954-9487-86-2

4. Воденичаров, Ц. Професионалният здравен мениджмънт няма алтернатива. – В: Медицински меридиани, 2014, бр. 2, с. 3-7. ISSN 1314-1090
5. Закон за здравето. В сила от 1 ян. 2005 г. – В: ДВ, бр. 70, 10 авг. 2004; ...; изм. и доп. ДВ, бр. 46, 3 юни 2005; изм. ДВ, бр. 76, 20 септ. 2005; посл. изм. и доп. бр. 34, 9 апр. 2020. ISSN 0205- 0900
6. Закон за здравното осигуряване. – В: ДВ, бр. 70, 19 юни 1998; ...; посл. изм. и доп. бр. 101, 27 дек. 2019, в сила от 1 ян. 2020; изм. и доп. бр. 54, 16 юни 2020. ISSN 0205-0900
7. Закон за лечебните заведения. – В: ДВ, бр. 62, 9 юли 1999; ...; посл. изм. и доп. бр. 54, 16 юни 2020. ISSN 0205-0900
8. Китов, Б. Болничен мениджмънт – теория и актуални подходи. София, Булгарика, 2003. 56 с.
9. Костадинова, Т. Маркетингови подходи и управление на болницата. – В: Здравна икономика и мениджмънт, 2001, бр. 2, с. 3-12. ISSN 1311-9720
10. Политики в здравеопазването – икономически анализ и оценки. – В: Икономическо развитие и политика в България: оценки и очаквания. София, ИИИ при БАН, 2013.
11. Попов, Т. Мотивацията за учене на обучаваните в системата на общественото здраве. – В: Здравен мениджмънт, 2006, бр. 2, с. 55-60. ISSN 1311-9982
12. Попова, Кр. Клиничен мениджмънт като концепция и практика. – В: Медицински меридиани, 2010, бр. 2, с. 2-6. ISSN 1314-1090

Адрес за кореспонденция:

д-р Вълчин Гаров, д.м.
Директор на МБАЛ „Доверие“
София, 1632, жк „Овча Купел 2“,
ул. „Фридрих Грюнангер“ 2
e-mail: v.garov@mbal.doverie.bg