

Здравни системи в преход

Антония Димова, *Медицински университет – Варна*

Мария Рохова, *Медицински университет – Варна*

Емануела Мутафова, *Медицински университет – Варна*

Елка Атанасова, *Медицински университет – Варна*

Стефка Коева, *Медицински университет – Варна*

Димитра Пантели, *Европейска обсерватория за здравни системи и политики*

Еваут ван Гинекен, *Европейска обсерватория за здравни системи и политики*

България:

Анализ на здравната система 2012



Публикувано на английски език от Регионалното бюро на СЗО за Европа от името на Европейската обсерватория за здравни системи и политики през 2012 година, под заглавието Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, 2012 (Volume 14, Number 3).

© World Health Organization 2012, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Преводачите на тази публикация са отговорни за точността на превода.

България: Анализ на здравната система 2012
Здравни системи в преход

Copyright © Медицински университет
„Проф. д-р П. Стоянов“ - Варна, 2013

ISBN 978-954-9685-93-0

Съдържание

Предговор	v
Благодарности.....	vii
Използвани съкращения	ix
Таблицы, фигури и карета	xi
Резюме	xiii
Разширено резюме	xv
1. Въведение	1
1.1 География и социодемография	2
1.2 Икономически контекст.....	5
1.3 Политически контекст	8
1.4 Здравен статус	11
2. Организация и управление.....	17
2.1 Общ преглед на здравната система	18
2.2 Исторически предпоставки.....	20
2.3 Организация	23
2.4 Децентрализация и централизация	29
2.5 Планиране.....	30
2.6 Междусекторно сътрудничество	31
2.7 Управление на здравната информация.....	32
2.8 Регулация на здравната система	34
2.9 Условия за гражданско участие	40
3. Финансиране.....	47
3.1 Здравни разходи	48
3.2 Източници на приходи и финансови потоци.....	55
3.3 Преглед на задължителната система за финансиране	60
3.4 Директни плащания от пациентите.....	66
3.5 Доброволно здравно осигуряване	71
3.6 Други финансираня	76
3.7 Механизми за заплащане.....	79

4.	Материални и човешки ресурси	87
4.1	Материални ресурси	88
4.2	Човешки ресурси	96
5.	Предоставяне на здравни услуги	107
5.1	Обществено здравеопазване	108
5.2	„Път” на пациента.....	117
5.3	Доболнична медицинска помощ.....	119
5.4	Болнична медицинска помощ	123
5.5	Спешна медицинска помощ	127
5.6	Лекарствоснабдяване.....	130
5.7	Физиотерапия и рехабилитация	133
5.8	Долекуване и продължително лечение	134
5.9	Неинституционализирани грижи	136
5.10	Палиативни грижи	137
5.11	Психиатрична медицинска помощ.....	139
5.12	Дентална помощ.....	143
5.13	Алтернативна медицина	145
5.14	Здравни услуги за специални групи от населението	145
6.	Основни реформи в здравеопазването.....	149
6.1	Анализ на предходни реформи	150
6.2	Бъдещо развитие	158
7.	Оценка на здравната система.....	161
7.1	Цели на здравната система	161
7.2	Финансова защита и равенство във финансирането.....	164
7.3	Потребителска оценка и равенство в достъпа.....	167
7.4	Здравен статус, резултати от здравното обслужване и качество на обслужването	173
7.5	Ефективност на здравната система	178
7.6	Прозрачност и отговорност.....	182
8.	Заключение	185
9.	Приложения	189
9.1	Библиография.....	189
9.2	Списък на използваните закони и нормативни актове	196
9.3	Методика и издателски процес	197
9.4	Процес на рецензиране.....	200
9.5	За авторите.....	200

Предговор

Серията „Здравните системи в преход” (The Health Systems in Transition – HiT) се състои от анализи за отделни страни, даващи детайлно описание на здравната система, инициативите за реформи и политики, протичащи или формиращи се в дадена страна. Всеки анализ е дело на експерти от страната в сътрудничество с експерти на Европейската обсерватория за здравни системи и политики. За да се улеснят сравненията между страните, разработките следват единна примерна форма (template), която се ревизира периодично. Формата задава детайлни общи насоки и указания, както и специфични въпроси, дефиниции и примери, нужни за съставянето на анализа.

Целта на тези публикации е да се предостави подходяща информация в помощ на политиците и анализаторите за развитието на здравните системи в Европа. Те са градивният материал, който може да бъде използван за:

- детайлно изучаване на различните подходи към организацията, финансирането и предоставянето на здравни услуги и ролята на основните участници в системите на здравеопазване;
- описание на институционалната рамка, процеса, съдържанието и приложението на програмите за здравни реформи;
- изнасяне на преден план на предизвикателствата и областите, налагащи по-задълбочен анализ;
- осигуряване на инструмент за разпространяване на информация относно здравните системи и обмяна на опит за реформите между политици и анализатори от различни страни и
- подпомагане на изследователите за по-нататъшен задълбочен сравнителен анализ на здравните политики.

Подготовката на анализа поставя ред методологични проблеми. В много страни има сравнително оскъдна информация за здравната сис-

тема и ефекта от реформите. Поради липса на унифициран източник на информация, количествените данни за здравните услуги се основават на различни източници, включително на базата „Здраве за всички“ (Health for All) на Регионалното бюро на СЗО за Европа, данни от националните статистически агенции, от Евростат, данни в областта на здравеопазването на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР), данни от Международния валутен фонд (МВФ), индикатори за световното развитие на Световната банка и много други източници, смятани за подходящи от авторите. Методите на събиране на данните и дефинициите понякога се различават, но обикновено са съвместими в рамките на всяка отделна разработка.

Стандартизирането на този вид изследвания има известни недостатъци, тъй като финансирането и предоставянето на здравните услуги се различават между отделните страни. Но то дава и преимущества, тъй като поражда сходни проблеми и въпроси. Поредицата може да бъде използвана, за да информира хората, занимаващи се с политика, за опита в други страни, който може да бъде приложен и при техни условия. Тя може да послужи като източник на информация за сравнителен анализ на системите на здравеопазване. Изготвянето на анализите от серията е непрекъснат процес и материалът се обновява регулярно.

Всички отзиви и предложения за по-нататъшното развитие и подобряване на поредицата ще бъдат приети с благодарност и могат да бъдат изпращани на info@obs.euro.who.int.

Коментари и препоръки към изданието на български език могат да бъдат изпращани на katedrazm@abv.bg.

Целите анализи и резюмета могат да бъдат намерени на уебстраницата на Обсерваторията на www.healthobservatory.eu.

Благодарности

Профилът за България от поредицата „Здравни системи в преход” е дело на Европейската обсерватория за здравни системи и политики.

Изданието е изготвено от Антония Димова (доцент по здравен мениджмънт, управление на качеството в здравеопазването и здравна политика при Катедрата по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна), Мария Рохова (главен асистент в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна), Емануела Мутафова (доцент по здравна икономика и статистика и ръководител на Катедрата по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна), Елка Атанасова (главен асистент по икономика и здравна икономика в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна) и Стефка Коева (професор по икономика и здравна икономика при Катедрата по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна). Общата редакция е дело на Еваут ван Гинекен (Ewout van Ginneken) и Димитра Пантели (Dimitra Panteli), с помощта на Райнхарт Бусе (Reinhard Busse), ръководител на екипа на Обсерваторията при Катедрата по здравен мениджмънт на Берлинския технологичен университет (Berlin University of Technology).

Обсерваторията и авторите са признателни на рецензентите Лидия Георгиева (доцент, Медицински университет – София), Петко Салчев (доцент, Медицински университет – София) и Бернд Речел (Bernd Rechel) (Европейска обсерватория за здравни системи и политики), както и на Десислава Димитрова и Елена Угринова от Министерството на здравеопазването.

Специални благодарности изразяваме на Станка Маркова (почетен председател на Българската асоциация на професионалистите по здрав-

ни грижи) и на Милка Василева (председател на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи) за тяхната подкрепа и предоставяне на ценна информация.

Изказваме благодарност и на Регионалното бюро на СЗО за Европа за базата данни „Здраве за всички“ (Health for All), от която бе извлечена информация за здравните услуги, на ОИСР за данните за здравните услуги в Западна Европа и на Световната банка за данните за здравните разходи в страните от Централна и Източна Европа.

Преди всичко, този анализ е посветен на паметта на професор Мирослав Попов. Авторите биха искали да изразят безкрайната си признателност за неговата подкрепа, напътствие и приятелство.

Преводът на български език и научната редакция са на Антония Димова, Стефка Коева и Мария Рохова. Редакцията е дело на Димитринка Енева от ИК „Стено“ – Варна. Предпечатната подготовка е извършена от ИК „Стено“ – Варна.

Използвани съкращения

DFLE	Продължителност на предстоящия живота без инвалидност
DMFT-12	Индекс на разпространение на зъбния кариес сред децата на възраст от 12 години
HALE	Очаквана продължителност на живота при добро здраве
HFA – DB	База данни Здраве за всички
SDR	Стандартизиран коефициент на смъртност
US	Съединени щати (валута)
USAID	Агенция за международно развитие на САЩ
БВП	Брутен вътрешен продукт
БСП	Българска социалистическа партия
ВСФ	Висш съвет по фармация
ГЕРБ	Граждани за европейско развитие на България; политическа партия ГЕРБ
ДДЗО	Дружество за доброволно здравно осигуряване
ДДС	Данък добавена стойност
ДЗО	Доброволно здравно осигуряване
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ДНК	Дезоксирибонуклеинова киселина
ДПС	Движение за права и свободи
ДСГ	Диагностично-свързани групи
ЕЗОК	Европейска здравноосигурителна карта
ЕК	Европейска комисия
ЕС	Европейски съюз
ЕС 27	Всички 27 страни-членки на ЕС към 2011 г.
ЕС12	12-те страни, присъединили се към ЕС през 2004 и 2007 г.
ЕС15	15-те членки на ЕС преди май 2004 г.
ЗЗО	Задължително здравно осигуряване
ИАЛ	Изпълнителна агенция по лекарствата
ИАМО	Изпълнителна агенция „Медицински одит“
КФН	Комисия за финансов надзор
МРЗ	Минимална работна заплата
НАТО	Организация на североатлантическия пакт
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НПО	Неправителствена организация
НРД	Национален рамков договор
НСИ	Национален статистически институт
ОИСР	Организация за икономическо сътрудничество и развитие

ОНД	Общност на независимите държави
ООН	Организация на обединените нации
ПЛС	Позитивен лекарствен списък
ППС	Паритет на покупателната способност
РЗИ	Регионална здравна инспекция
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
РЗС	Ред, законност и справедливост
РИОКОЗ	Регионална инспекция за опазване и контрол на общественото здраве
РЦЗ	Регионален център по здравеопазване
САЩ	Съединени американски щати
СЗО	Световна здравна организация
СПИН	Синдром на придобитата имунна недостатъчност
СПС	Стандарт на покупателна способност
СТО	Световна търговска организация
ХИВ	(от англ. HIV) – Човешки имунодефицитен вирус

Таблицы, фигури и карета

Таблицы

страница

Таблица 1.1	Демографски показатели, избрани години
Таблица 1.2	Макроикономически показатели, избрани години
Таблица 1.3	Смъртност и здравни показатели, избрани години
Таблица 1.4	Очаквана продължителност на живота при добро здраве (HALE), избрани години
Таблица 1.5	Основни причини за смъртност, избрани години (стандартизиран показател, всички възрасти на 100 000 души)
Таблица 1.6	Показатели за майчино, детско и младежко здраве, избрани години
Таблица 3.1	Тенденции в здравните разходи в България, избрани години
Таблица 3.2	Здравни разходи по вид услуги през 2008 г.
Таблица 3.3	Здравни разходи по вид на доставчика на услуги през 2008 г.
Таблица 3.4	Източници на приходи като процент от общите разходи за здравеопазване, избрани години
Таблица 3.5	Категории осигурени лица и размер на осигурителните вноски
Таблица 3.6	Потребителски такси за здравни услуги
Таблица 3.7	Структура на приходите от премии и изплатени претенции по вид на осигурителния пакет, в %
Таблица 3.8	Финансови индикатори на дружествата за доброволно здравно осигуряване
Таблица 3.9	Плащания на работодателите за здравни услуги
Таблица 3.10	Методи за заплащане на лечебните и здравните заведения
Таблица 4.1	Високотехнологично медицинско оборудване за образна диагностика
Таблица 4.2	Медицински персонал на 1000 души от населението, 1990–2008 г.
Таблица 5.1	Лечебни заведения за доболнична медицинска помощ, 2000–2009 г.
Таблица 5.2	Болници в България, 2000–2009 г.
Таблица 5.3	Специализирани институции и центрове за медико-социални грижи, 2008 г.
Таблица 5.4	Лечебни заведения за извънболнична дентална помощ, 2000–2009 г.
Таблица 7.1	Директни плащания на домакинствата по вид на услугите в милиони лева и евро
Таблица 7.2	Показатели за превантивни грижи

Фигури

страница

Фиг. 1.1	Карта на България
Фиг. 2.1	Организация на здравната система в България през 2011 г.
Фиг. 3.1	Общи разходи за здравеопазване като дял от БВП в Европейския регион на СЗО по изчисления на СЗО, 2008 г.
Фиг. 3.2	Тенденции в здравните разходи като дял от БВП в България, избрани страни и средно за ЕС по изчисления на СЗО, 1995–2008 г.
Фиг. 3.3	Общи здравни разходи на глава от населението в Европейския регион на СЗО по изчисления на СЗО, 2008 г.
Фиг. 3.4	Публични здравни разходи като дял от общите разходи за здравеопазване в европейския регион на СЗО по изчисления на СЗО, 2008 г.
Фиг. 3.5	Финансови потоци в българската здравна система
Фиг. 3.6	Дял от общите разходи за здравеопазване според източника на финансиране през 2008 г.
Фиг. 4.1	Брой на леглата в болниците за активно лечение, психиатричните болници и болниците за продължително лечение на 1000 души, 2000–2009 г.
Фиг. 4.2	Среден престой (в дни), всички болници, 1990–2008 г.
Фиг. 4.3	Брой на леглата за активно лечение на 100 000 души в България и избрани страни, 2000–2009 г.
Фиг. 4.4	Брой на лекарите на 1000 души в България и избрани страни, 1990 – 2009 г.
Фиг. 4.5	Брой на медицинските сестри на 1000 души в България и избрани страни, 1990 – 2009 г.
Фиг. 4.6	Брой на лекарите и медицинските сестри на 1000 души в Европейския регион на СЗО, 2008 г.
Фиг. 4.7	Брой на лекарите по дентална медицина на 1000 души в България и избрани страни, 1990–2009 г.
Фиг. 4.8	Брой на фармацевтите на 1000 души в България и избрани страни, 1990–2009 г.
Фиг. 5.1	Легла за дневен стационар, 2000–2009 г.
Фиг. 7.1	Индекс на нарастване на публичните и частните разходи за здравеопазване като процент от БВП
Фиг. 7.2	Индекс на нарастване на домакинските приходи, общите разходи и разходите за здравеопазване
Фиг. 7.3	Разходи на Министерство на здравеопазването по вид на услугите, в милиони евро
Фиг. 7.4	Разходи на НЗОК по вид на услугите, в милиони евро

Карета

Карета 6.1	Основни реформи и политически инициативи
------------	--

Резюме

През последните 20 години демографското развитие се характеризира с намаляване на населението, ниска раждаемост, ниска обща плодовитост, висока смъртност и застаряващо население. Стабилизираната политическа ситуация от началото на първото десетилетие на XXI век и икономическият подем от средата на същото десетилетие са важни фактори за лекото нарастване на равнището на раждаемост и плодовитост и слабо намаляване на смъртността. Като цяло, България е с по-лоши от по-голяма част от средните за ЕС показатели за смъртност и заболяемост. Средната продължителност на предстоящия живот достига 73.3 години през 2008 г., като трите основни причини за смърт в България са болестите на органите на кръвообращението, злокачествените новообразувания и болестите на дихателната система. Един от най-важните рискови фактори като цяло е тютюнопушенето и средният стандартизиран коефициент за смъртност, свързана със тютюнопушенето, през 2008 г. е два пъти по-висок в България в сравнение със средния за страните от ЕС15.

Българската здравна система се характеризира с ограничен етиatism. Министерството на здравеопазването отговаря за националната здравна политика и цялостната организация и функциониране на здравната система, както и координира всички министерства във връзка с опазването на общественото здравеопазване. Ключовите участници в осигурителната система са осигурените лица, доставчиците на здравни услуги и финансиращите организации, включващи Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), единственият платец в системата на задължителното здравно осигуряване (ЗЗО) и дружествата за доброволно здравно осигуряване (ДДЗО). Здравното финансиране съчетава публичното и частно начало. Здравеопазването се финансира от задължителни здравноосигурителни вноски, данъци, директните плащания,

доброволни здравноосигурителни премии, плащания на работодателите, дарения и външни финансираня. Общите здравни плащания като дял от БВП се увеличават от 5.3% през 1995 г. на 7.3% през 2008 г. През същата година тяхната структура е 36.5% директни плащания от пациентите, 34.8% здравноосигурителни вноски, 13.6% разходи на Министерство на здравеопазването, 9.4% разходи на общините и 0.3% доброволни здравноосигурителни премии. Неформалните плащания в здравния сектор представляват значителна част от директните плащания на пациентите (47.1% през 2006 г.).

Здравната система е икономически нестабилна и здравните заведения, особено болниците, страдат от недофинансиране. Планирането на извънболничната помощ се извършва на териториален принцип. Инвестиционните разходи са съобразно държавното или общинското участие в капитала на лечебните заведения. През 2009 г. медицинският персонал представлява 4.9% от общата работна сила. В сравнение с други страни, относителният дял на лекарите и лекарите по дентална медицина е особено висок, но относителният дял на медицинските сестри остава далеч под средния за ЕС15, ЕС12 и ЕС27. България е изправена пред нарастваща професионална мобилност, която се превръща в особено предизвикателство. Има свръхпредлагане на легла за активно лечение и недостиг на легла за продължително лечение и рехабилитация. Здравната реформа след 1989 г. се фокусира предимно върху доболничната помощ, а преструктурирането на болничната помощ продължава да стои на дневен ред пред правителството. Гражданите, както и медицинските професионалисти са недоволни от системата на здравеопазване и равнопоставеността е поставена под въпрос не само поради различията в здравните потребности, но и поради социо-икономическите неравенства и териториалните дисбаланси. Необходимостта от нови реформи е наложителна, особено като се има предвид неблагоприятният здравен статус на населението. Предпоставките за успех са структурната реформа и повишаването на конкурентоспособността в системата, както и цялостната подкрепа за реформата.

Разширено резюме

Въведение

България е разположена в Югоизточна Европа, в източната част на Балканския полуостров. Тя има площ от приблизително 111 000 кв. км и население от 7.6 млн. души през 2009 г. Страната е парламентарна република с демократично представителство, многопартийна система и свободни избори. През последните 20 години демографското развитие се характеризира с намаляване на населението, ниска раждаемост, ниска обща плодовитост, висока смъртност и застаряващо население. Стабилизираната политическа ситуация от началото на XXI век и икономическият подем от средата на първото десетилетие са важни фактори за лекото нарастване на равнището на раждаемост и плодовитост и слабо намаляване на смъртността. Средната продължителност на предстоящия живот нараства и достига 73.3 години през 2008 г. Като цяло България е с по-лоши от по-голяма част от средните за ЕС показатели за смъртност и заболяемост. През 2009 г. трите основни причини за смърт в България са болестите на органите на кръвообращението (66% от всички случаи), злокачествените новообразувания (15.9%) и болестите на дихателната система (3.8%). Въпреки че смъртността при децата до една година и тази от 0 до 5 години намалява с 5-6% годишно през последното десетилетие, тези показатели все още са по-неблагоприятни от средните за ЕС12 и ЕС27 и степента на изменение варира значително при различните подвидове на смъртността. Един от най-важните рискови фактори е тютюнопушенето. Не буди изненада фактът, че средният стандартизиран коефициент за смъртност, свързана със тютюнопушенето, през 2008 г. е два пъти по-висок в България в сравнение със средния за страните от ЕС15.

Организация и управление

Министерството на здравеопазването е отговорно за националната здравна политика и цялостната организация и функциониране на здравната система и координира дейностите с всички останали министерства във връзка с общественото здраве. Законът за здравното осигуряване от 1998 г. реформира българската здравна система в система на здравно осигуряване със задължителен и доброволен елемент. Основните участници в осигурителната система са осигурените граждани, лечебните заведения и финансиращите организации в лицето на Националната здравноосигурителна каса, която е единственият платец в системата на задължителното здравно осигуряване, и дружествата за доброволно здравно осигуряване. Докато осигурителната система покрива диагностиката, лечението и рехабилитацията, както и лекарствата за осигурените лица, Министерството на здравеопазването е отговорно за осигуряване и финансиране на услугите в областта на общественото здравеопазване, спешната помощ, трансплантациите, трансфузионната хематология, лечението на туберкулоза и болничното лечение на психичните заболявания. Министерството също отговаря за планирането и осигуряването на човешките ресурси за здравната система, развитието на медицинската наука и за събирането и поддържането на данни за здравния статус на населението и за националните здравни сметки. Качеството и надеждността на информацията се влошиха след въвеждането на здравноосигурителната система. Лечебните заведения са автономни самоуправляващи се организации. Частният сектор обхваща цялата първична медицинска и дентална помощ и лекарствоснабдяването, голяма част от специализираната извънболнична помощ и някои болници. Държавата притежава всички университетски болници и национални центрове, специализираните национални болници, централните за спешна медицинска помощ, психиатричните болници, централните за трансфузионна хематология и диализа, както и 51% от капитала на областните болници.

Финансиране

България има смесена публично-частна система на финансиране на здравеопазването. Здравните услуги се финансират от задължителни здравноосигурителни вноски, данъци, директни плащания от пациентите, доброволни здравноосигурителни вноски, корпоративни плащания,

дарения и външни финансираня. Общите разходи за здравеопазване като дял от brutния вътрешен продукт (БВП) нарастват от 5.3% през 1995 г. до 7.3% през 2008 г. Структурата на общите разходи се променя през годините, с нарастване на частните разходи за сметка на публичното финансиране. През 2008 г. структурата на общите здравни разходи включва 36.5% директни плащания от пациентите, 34.8% ЗЗО, 13.6% разходи на Министерството на здравеопазването, 9.4% разходи на общините и 0.3% доброволно здравно осигуряване. Все още, като цяло, публичните ресурси преобладават над частните източници. През 2008 г. публичните разходи за здравеопазване като дял от общите здравни разходи са 57.8%, докато частните разходи са в размер на 42.2%.

Основната институция, финансираща здравните услуги, е НЗОК. Задължителните здравноосигурителни вноски са в размер на 8% от месечния доход и се заплащат от осигурените лица, техните работодатели или държавата. Отношенията между НЗОК и лечебните заведения са основани на договорния модел. Касата и професионалните организации в здравеопазването подписват Национален рамков договор (НРД), който регулира процесите в системата на задължителното здравно осигуряване. На базата на НРД лечебните заведения сключват индивидуални договори с регионалните поделения на касата. За услугите, които предоставят на населението, лечебните заведения са финансирани основно проспективно на база „такса за услуга“ и на осигурено лице (капитация). Дейностите по обществено здравеопазване и тези, извършвани от центровете за спешна медицинска помощ, държавните психиатрични болници и домовете за медико-социални грижи за деца, се финансират от Министерството на здравеопазването.

Частните разходи за здравеопазване в България включват директни плащания от пациентите, доброволни здравноосигурителни плащания, както и плащания от организации с нестопанска цел и търговски компании. Делът на формалните директни плащания (потребителски такси и за закупуване на услуги) е повече от 86% от всички частни разходи през 2008 г. Потребителски такси се плащат за посещение при лекар, дентален лекар, лаборатория и болница и се дължат от всички пациенти с няколко изключения. Неформалните плащания в здравния сектор представляват съществена част от общите директни плащания (47.1% през 2006 г.). Доброволното здравно осигуряване се извършва от акционерни дружества, работещи с цел печалба, чийто предмет на дейност е единствено осъществяване на доброволно здравно осигуряване. Извън пакета от услуги, осигуряван от НЗОК, всички граждани са свободни да закупят различни осигурителни пакети. Дружествата за добровол-

но здравно осигуряване могат също и да покриват разходи за услуги, които са включени в основния пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК. Организационните отношения между финансиращите организации и лечебните заведения в областта на доброволното здравно осигуряване са основани на интегрирания или реимбурсния модел. По-малко от 3% от населението има някакъв вид доброволна здравна осигуровка през 2010 г.

Материални и човешки ресурси

Планирането на извънболничната помощ в България е основано на териториален принцип. Финансирането на инвестиционните разходи се извършва съобразно държавното или общинското участие в капитала на лечебните заведения. Разходите за инвестиции и за поддържане на основния капитал в общинските болници от страна на общините имат низходяща тенденция. Министерството на здравеопазването осъществява различни програми за развитие на медицинската инфраструктура, за които лечебните заведения могат да кандидатстват. Несъвършенствата в организацията на първичната помощ, географски неравномерното разпределение на общопрактикуващите лекари и липсата на мотивация у персонала в първичните практики води до увеличено използване на специализираната помощ и увеличаване на равнището на хоспитализация. Броят на болничните легла за активно лечение е над средния за ЕС27, а средният престой е под този в ЕС27 и ЕС15. Тенденцията и за двата показателя е низходяща.

През първата четвърт на 2009 г. заетите в здравната система са 4.9% от общата работна сила. Сравнен с други страни, относителният дял на лекарите и лекарите по дентална медицина е особено висок, но относителният дял на медицинските сестри остава под средния за ЕС15, ЕС12 и ЕС27. България е изправена пред нараснала професионална мобилност, улеснена от развитието на технологиите, достъпния транспорт и комуникации. Миграцията на медицинските специалисти се превръща в сериозно предизвикателство: през първите девет месеца на 2010 г. повече от 340 лекари и 500 сестри са напуснали страната. Четири университета и два факултета към други университети предлагат медицинско образование, докато парамедицински персонал се обучава в 10 колежа. Министерският съвет определя изискванията за получаване на степените на висше образование и специализациите. Професионалните специалности в областта на здравеопазването се определят от Минис-

терството на здравеопазването и изискват държавен изпит от Държавна изпитна комисия в София. Продължаващото медицинско обучение се организира и провежда от съсловните организации в съответствие със Закона за здравето.

Предоставяне на здравни услуги

Здравни услуги в България се предлагат от различни здравни и лечебни заведения, работещи в публичния или в частния сектор. Дейности в областта на общественото здраве са ангажимент и отговорност на държавата и тяхното осъществяване се ръководи от Министерството на здравеопазването. Законът за лечебните заведения регламентира разделението между извънболничната и болничната помощ. Общопрактикуващият лекар (ОПЛ) е централна фигура в първичната медицинска помощ и се явява „пазач на входа” на системата по пътя на пациента към следващите нива, а именно специализираната доболнична и болнична помощ. Броят на общопрактикуващите лекари в България постепенно намалява, а тяхното регионално разпределение не отразява здравните потребности на населението. Доболничната медицинска помощ обхваща също индивидуални и групови практики за специализирана медицинска помощ, медицински и медико-дентални центрове, диагностично-консултативни центрове (ДКЦ), както и самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории. Те са автономни лечебни заведения, като повечето от тях работят по договор с НЗОК. Цялата първична и преобладаваща част от специализираната медицинска помощ в България са частна собственост. Болничната помощ се осигурява от публични и частни болници, които основно се разделят на два вида – многопрофилни и специализирани. Други лечебни заведения, предлагащи болнични услуги, са комплексните онкологични центрове, центровете за кожно-венерически заболявания и хосписите. Делът на хоспитализираните случаи е сравнително висок, факт, който подсказва за неефективната използваемост на доболничната медицинска помощ и липсата на интеграция и координация между различните нива и звена на системата. Здравната реформа и промените, осъществявани в здравната система след 1989 г., засягат предимно доболничната помощ, а необходимото, но дълго отлагано реструктуриране на болничната помощ все още не е осъществено. Поради това в страната се наблюдава свръхпредлагане на легла за активно лечение и остър недостиг на структури, предоставящи услуги в областта на долекуването, продължителното лечение и рехабилитацията. Долекуването и продължителното лечение

не са развити достатъчно в България както по отношение на услугите, предлагани в общността, така и по отношение на лечението в специализираните болници. Лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ включват специализирани психиатрични болници, центрове за психично здраве, психиатричните отделения в многопрофилните болници, както и социални домове за хора с психични увреждания. През 2001 г. е проведена реформа, имаща за цел да подобри извънболничната психиатрична помощ и да развие услугите, предоставяни в общността, като в хода на промените се дава приоритет на грижите, оказвани в семейна и в социална среда. Въпреки усилията за деинституционализация на психиатрични пациенти обаче през последните години се наблюдава тенденция на нарастване на хоспитализациите. Регионалните центрове за спешна медицинска помощ и спешните отделения в многопрофилните болници са ключовите звена в спешната медицинска помощ в България. Неотложна помощ се осигурява също и от общопрактикуващите лекари. Основните проблеми в този сектор на здравната система са недостигът на медицински персонал (особено на лекари) и липсата на съвременен медицинско оборудване и апаратура.

Основни реформи в здравеопазването

Здравната реформа след 1989 г. преминава през три етапа. Първият етап (1989–1996 г.) се характеризира с премахването на държавния монопол в здравната система, изграждането на децентрализирана здравна администрация и зараждането на идеята за въвеждане на здравноосигурителната система. През втория етап (1997–2001 г.) е въведена здравноосигурителната система чрез основополагащите закони за здравното осигуряване, за лечебните заведения и за професионалните организации на лекарите и стоматолозите. През третия етап (от 2002 г. до настоящия момент) законодателните основи на здравната реформа са доизградени с приемането на нови закони и изменения и допълнения към съществуващите нормативни актове. Усилията по време на третия етап са насочени към намаляване на броя на здравно неосигурените лица и осигуряване на финансовата стабилност на системата (главно чрез увеличаване на размера на здравноосигурителната вноска от 6% на 8%). Тези усилия все още не са довели до желаните резултати и двете основни цели, поставени в началото на реформения процес от 1990 г. – подобряване на здравето на населението и изграждане на здравна система, която да кореспондира със здравните потребности на хората, основавайки се на демократичните и пазарните принципи – не са постигнати.

Оценка на здравната система

Подобрението в здравния статус на нацията е неудовлетворително, като основните здравни показатели са далеч под средните за ЕС. Гражданите, както и медицинските професионалисти, са недоволни от системата на здравеопазване. Не се спазват основните принципи, върху които трябва да бъде изградена новата здравна система. Въпреки че здравните разходи нарастват три пъти след въвеждането на здравноосигурителния модел, системата продължава да изпитва недостиг на финансови ресурси и големи неравенства на всички равнища. Финансовата защита е неадекватна, а разпределението на финансовото бреме е неравномерно. Равнопоставеността в здравната система е поставена под въпрос не само поради различията в здравните потребности, но и поради социоекономическите неравенства и териториалните дисбаланси. Предоставяните на населението услуги варират значително от гледна точка на качеството и достъпа в различните райони. Бедността е значителна бариера за достъпа до здравна помощ, особено в системата, силно разчитаща както на формалните и неформалните директни плащания.

Заклучение

При съществуващите неблагоприятни индикатори на социалните и жизнено условия най-важното предизвикателство е да се достигнат по-развитите страни-членки на ЕС. Нуждата от по-нататъшни реформи изглежда още по-належаща, отколкото през началото на 90-те години. Основното предизвикателство остава подобряването на здравето на населението. Националната здравна стратегия 2008-2013 г. очертава изпълнението на ред национални целеви програми, фокусирани върху лечението и превенцията на социално значими болести, повишаване на културата на населението за по-здравословен начин на живот и подобряването на мрежата на общественото здравеопазване. Но най-големият проблем в тази област е систематичното наблюдение и регистрация на здравния статус на населението с оглед на ограничаване на предотвратимата смъртност. Успехът още зависи от повишаване на конкурентоспособността и провеждането на структурни реформи, особено в здравната система, с оглед на стимулиране на растежа. За да се постигне устойчивост на реформените усилия, здравеопазването и здравната политика трябва да получат одобрение и признание едновременно от преобладаващата част от представителите в парламента и от обществото като цяло.

1. Въведение

България е разположена в Югоизточна Европа, в източната част на Балканския полуостров. Тя има площ от приблизително 111 000 кв. км и население от 7.6 млн. души през 2009 г. Страната е парламентарно представена демократична република с многопартийна система и свободни избори. През последните 20 години демографското развитие се характеризира с намаляване на населението, ниска раждаемост, ниска обща плодовитост, висока смъртност и застаряващо население. Стабилизираната политическа ситуация от началото ХХI век и икономическият подем от средата на първото десетилетие са важни фактори за лекото нарастване на равнището на раждаемост и плодовитост и слабото намаляване на смъртността. Глобалната икономическа криза доведе до спад на БВП с 5.5% през 2009 г. Същата година БВП на човек от населението, измерен на базата на паритета на покупателната способност (ППС), е все още най-нисък в ЕС, представлявайки само 41% от средния за ЕС27. При тези неблагоприятни показатели на социалните и жизнени условия главното предизвикателство пред страната е да догони по-развитите страни-членки. Успехът ѝ зависи до голяма степен от подобряване на конкурентоспособността и извършване на структурни реформи, включително и в здравната система, за да се стимулира растежът.

Средната продължителност на предстоящия живот нараства и достига 73.3 години през 2008 г. Като цяло България е с по-лоши от по-голяма част от средните за ЕС показатели за смъртност и заболяемост. През 2009 г. трите основни причини за смърт в България са болестите на органите на кръвообращението (66% от всички случаи), злокачествените новообразувания (15.9%) и болестите на дихателната система (3.8%). Въпреки че смъртността на децата до една година и от 0 до 5 години намалява с 5 до 6% годишно през последното десетилетие, тези показатели все още са по-неблагоприятни от средните за ЕС12 и ЕС27. Недостатъчният прогрес в спада на някои от подвидовете на детска-

та смъртност, обаче, свидетелства за недостатъци в здравната система. Един от най-важните рискови фактори е тютюнопушенето. Не буди изненада фактът, че средният стандартизиран коефициент за смъртност, свързана със тютюнопушенето, през 2008 г. е два пъти по-висок в България в сравнение със средния за страните от ЕС15.

1.1 География и социодемография

България (официалното име на страната е Република България) е разположена в Югоизточна Европа, в източната част на Балканския полуостров, на Черно море. Тя е сравнително малка страна, с обща площ от около 111 000 кв.км (National Statistical Institute, 2009). Най-дългата граница на България е тази на север, с Румъния. На запад нейни съседки са Сърбия и Бивша югославска република Македония. Гърция и Турция граничат на юг, а Черно море е естествена източна граница (Фиг. 1.1).

Фиг. 1.1.

Карта на България



Релефът на България е изключително разнообразен: Стара планина пресича страната от изток на запад, северната част се заема от обширната Дунавска равнина, а южната и югозападна част – от планини и планински масиви и долини. Като цяло почти една трета от територията е равнинна, около 28% – планинска и останалата част е равнинно-хълмиста. България е на границата на умерения и средиземноморския климатичен пояс, като частта на север от Стара планина има умерен континентален климат, докато влиянието на Средиземно море се чув-

ства силно в южната част. Черно море има локално влияние върху крайбрежните райони, обуславяйки специфични меки климатични условия. Страната е разделена на 28 области, а през 2008 г. със Закона за регионално развитие се създават и 6 района на планиране: Северозападен, Северен централен, Североизточен, Югозападен, Южен централен и Югоизточен. В България районите не представляват административно-териториални единици, но терминът „регионален” се използва, за да се обозначи децентрализираният аспект.

В края на 2009 г. България има население от 7.6 млн., с лек превес на жените, 51.7% (Таблица 1.1). Според последното преброяване на населението от 2011 г. голямото мнозинство от българските граждани са етнически българи, които представляват 84.8% от населението. Етническите турци съставляват още 8.8%, ромите – 4.9%, а други традиционни етнически общности (арменци, гърци, евреи, руснаци, татари и пр.) – 1.5% (National Statistical Institute, 2011). Според преброяването от 2011 г. 76% от населението се самоопределя като източноправославни християни, 10% като мюсюлмани и 14% – към други вероизповедания или не споделят религията си. Делът на населението, живеещо в градовете, стабилно се увеличава и през 2009 г. е 71.4%. Гъстотата на населението е 70.2 души на квадратен километър.

Таблица 1.1

Демографски показатели, избрани години

	1980	1990	1995	2000	2005	2009
Население, общо (милиони)	8.9	8.7	8.4	8.1	7.7	7.6
Население, жени (% от общото)	50.2	50.7	51.0	51.3	51.5	51.7
Население на възраст 0 до 14 г. (% от общото)	22.1	20.3	17.9	15.7	13.7	13.4
Население на 65 г. и повече (% от общото)	11.9	13.1	15.1	16.6	17.2	17.4
Нарастване на населението (годишен %)*	0.4	-1.8	-0.4	-1.8	-0.5	-0.5
Гъстота на населението (души на кв. км.)	80.1	78.8	75.9	72.9	71.2	70.2**
Плодовитост (раждания на една жена)	2.1	1.8	1.2	1.3	1.3	1.6
Раждаемост (на 1 000 души)	14.5	12.1	8.6	9.0	9.2	10.7**
Смъртност (на 1 000 души)	11.1	12.4	13.6	14.1	14.7	14.2**
Коефициент на възрастова зависимост (население в „зависима възраст”, под 15 и на 65 и повече години, към население в „независима възраст”, 15-64 г.)	51.5	50.3	49.2	47.7	44.7	44.7
Коефициент на възрастова зависимост (население на 65 и повече години като % от населението в „независима възраст”, 15-64 г.)	18.0	19.8	22.5	24.5	24.8	25.2
Коефициент на възрастова зависимост (население от 0 до 14 г. като % от населението в „независима възраст”, 15-64 г.)	33.5	30.5	26.7	23.1	19.9	19.4
Градско население (% от общото население)	62.1	66.4	67.8	68.9	70.2	71.4
Грамотност на населението на 15 г. и повече (%)*	95.1	97.2	97.9	98.4	л.д.	л.д.

Източници: World Bank, 2010; *WHO Regional Office for Europe, 2010; **National Center of Health Informatics (NCHI), 2010; л.д. – липсват данни; а В – сравнение с предходната година.

Като цяло демографското състояние на България си остава едно от основните предизвикателства през последните 20 години. Таблица 1.1 дава основна социо-демографска информация за страната. Данните сочат устойчиво намаляване на постоянното ѝ население. След 1988 г. естественият прираст на населението е отрицателен и броят на населението се свива с около 1.4 милиона между 1988 и 2009 г. През 2009 г. абсолютният брой на естественото намаление е 33 687, което е най-малкото намаление по естествени причини след 1995 г. (National Statistical Institute, 2009).

България има застаряващо население, което е обща тенденция за страните-членки на ЕС. Броят и дялът на населението под 15 години продължава да намалява, докато този над 65 години се увеличава. Докато относителният дял на хората под 15 години през 1980 г. е 22.1%, той спада на 15.7% през 2000 и на 13.4% през 2009 г. Процентът на хората на и над 65 г. постоянно расте от 11.9% през 1980 на 16.6% през 2000 и 17.4% през 2009. Двете непосредствени причини за намаляване на населението са негативната нетна международна миграция и отрицателният естествен прираст.

Този спад на населението, обаче, се дължи на по-фундаментални фактори от политическо и икономическо естество. Стотици хиляди етнически турци се изселват в Турция през втората половина на 80-те години като следствие от политиката на комунистическия режим да ги принуди да приемат български имена. В допълнение към това, стотици хиляди българи, много от тях млади и образовани, емигрират през 90-те години на запад, поради липса на икономическа перспектива, породена от болезнения преход от централно планирана към пазарна икономика. Друг фактор, имащ отношение към намаляването на населението, е резкият спад в жизнения стандарт в средата на 90-те години, довел до ниска раждаемост, ниска фертилност и висока смъртност.

В резултат на стабилизиране на политическата ситуация през 2000-2001 г. и икономическия подем през втората половина на първото десетилетие на XXI век се забелязва леко увеличение на раждаемостта и плодовитостта. През 2008 г. България регистрира най-високото равнище на раждаемост от 14 години. На бял свят се появяват 78 283 деца, 99.3% от които са живородени. В сравнение с предходната година броят им се увеличава с 2 363, а в сравнение с 2001 – с 9 000 (National Statistical Institute, 2010b). Броят на ражданията и равнището на раждаемост продължават да растат и през 2009 г., когато са регистрирани 81 572 новородени – увеличение с почти 12 300 в сравнение с 2001 г. Докато през 2000 г. средният брой раждания на жена е 1.3, той се увеличава до 1.57

през 2009 г. Въпреки че остава под нормата за естествена подмяна на населението (2.1), плодовитостта в България е същата, както в ЕС27 (1.57) и малко под средната за ЕС15 (1.6). Така България догонва някои европейски страни като Гърция, Румъния и Латвия и е преди страни като Германия, Австрия и Италия. Тя, обаче, стои далеч под страните в ЕС с най-висока фертилност – Ирландия, Норвегия и Финландия (WHO Regional Office for Europe, 2010). Като цяло, увеличаването на плодовитостта има много малък ефект за забавяне на отрицателния прираст на населението.

През 2007 г. започва лек спад на смъртността. Броят на умрелите лица през 2009 г. (108 068) е по-нисък от този през 2008 г. (110 523) и 2007 (113 004). Равнището на смъртност, което през 2007 г. достига 14.8 на 1 000 души население, намалява с 0.3 през 2008 и още с 0.3 през 2009, достигайки 14.2‰ (National Statistical Institute, 2009; 2010b). Този показател е значително по-висок от показателя в повечето европейски страни, където през 2009 г. варира между 9 и 10.2‰. В България равнището на смъртност при мъжете (15.8‰ и 15.5‰ през 2008 и 2009 г.) е по-високо от това при жените (13.3 и 13.1‰ съответно).

1.2 Икономически контекст

Подобно на много от страните в Централна и Източна Европа съвременната ситуация в България може да бъде разбрана по-добре в контекста на дълбоката трансформация след падането на комунизма. Темпът на реформите в различните страни, обаче, е неравен и те демонстрират широк спектър от разнообразни модели на прехода.

В България още през 1991 г. е поставено началото на серия реформи, включващи либерализация на цените, на външната търговия, премахване на централизираното планиране и либерализация на пазара. Но в сравнение с някои други страни скоростта на реформите е бавна, икономическата политика е непоследователна, а приватизацията е незначителна и отлагана във времето. В резултат на това България потъва в тежка и дълбока криза на прехода през 1996/1997 г. (Dobrinsky, 2000), характеризираща се с драматично влошаване на всички макроикономически индикатори. Уникалността на кризата е в това, че тя е комбинация от фискална, банкова и валутна кризи. Кумулативният спад на БВП през тези две години е повече от 18%, а в началото на 1997 г. страната преживява и хиперинфлация (1 058%, World Bank, 2010). Икономическият срив предизвиква и политическа криза и драстичен поврат в икономи-

ческата политика, състоящ се в ускоряване на приватизацията, мерки на финансова стабилизация, възстановяване на банковия сектор и реструктуриране на бизнес сектора. Най-важната мярка е въвеждането на валутен борд. Краен вариант на режим на парична политика, характеризиращ се с фиксиран валутен курс, заменя активната парична политика. Местната валута е напълно обезпечена с активи в съответна резервна валута. Първоначално българският лев (BGN) е привързан към германската марка, а по-късно – към еврото. Валутният борд се превръща в източник на стабилност и една от главните цели става евентуалното влизане в Еврозоната.

В началото на новото десетилетие, особено между 2004 г., когато се взема решение за влизането на България в ЕС, и 2008 г. страната преживява икономически бум. Реалният БВП расте с повече от 6% годишно през периода 2006-2008 г. (Eurostat, 2010), което води до стесняване на разрива в доходите със Западна Европа. Ускоряването на капиталовите потоци¹ и кредитният бум са двата основни източника на растеж. И двата се подхранват от ефекта на индуцирано доверие към валутния борд и очакванията от бъдещото членство в ЕС. Растежът на БВП се дължи до голяма степен на нетъргуемите сектори, като финансовите услуги, недвижимите имоти и особено строителството.

Глобалният икономически спад има много силен ефект върху българската икономика. През 2009 г. БВП се свива с 5.5% (Таблица 1.2), което е повече от средния за ЕС27 темп от 4.2% (World Bank 2010). Ситуацията на трудовите пазари се влошава чувствително, тъй като спадът води до намаляване на заетостта. Същата година броят на заетите лица на възраст между 15 и 64 години намалява с 3.1% и равнището на заетост за лицата от същите възрастови групи пада с 1.3%, достигайки 62.6% (National Statistical Institute, 2010b). Едновременно с това икономическата криза води до смекчаване на някои дисбаланси. Инфлацията намалява значително от 12% през 2008 г. на 2.1% през 2009 г. (Bulgarian National Bank, 2010). Поради по-слабото вътрешно търсене вносът намалява с 22% в реално изражение. Намалението на износа е по-малко, което води до подобряване на търговския и платежния баланс. Кризата влияе и върху бюджетния баланс. От излишък от 1.8% от БВП в края на 2008 г., през 2009 г. се стига до дефицит от 3.9% (Eurostat News Release, 2010), тъй като мерките за ограничаване на разходите и подобряване на плащането на данъци се оказват недостатъчни, за да компенсират значителното намаляване на приходите.

¹ Чистите чужди преки инвестиции се увеличават на 33.4% от БВП през 2007 г. (World Bank, 2010).

Таблица 1.2

Макроикономически показатели, избрани години

	1980	1990	1995	2000	2005	2009
БВП (в текущи цени US\$, млн.)	20 039	20 726	13 107	12 599	27 188	47 100
БВП ППС (текущи международни US\$, млн.)	24 651	47 328	46 786	49 592	71 438	97 755
БВП на човек от населението (в текущи US\$)	2 261	2 377	1 560	1 563	3 513	6 210
БВП на глава от населението, ППС (текущи международни US\$)	2 782	5 429	5 570	6 153	9 230	12 888
Растеж на БВП (годишен %)*	–	-9.1	2.9	5.7	6.4	-5.5
Публични разходи (% от БВП)	–	53.5	39.4	32.3	33.3	30.9 a
Касов излишък/дефицит (% от БВП)	–	-5.1	-5.1	-0.4	3.4	n/a
Добавена стойност в промишлеността (% от БВП)	54.5	49.2	35.5	30.7	29.4	30.3
Добавена стойност в селското стопанство (% от БВП)	14.6	17.0	14.5	14.2	9.4	6.0
Добавена стойност в услугите (% от БВП)	30.9	33.8	50.0	55.1	60.2	63.7
Работна сила (общо, млн.)	4.5	4.1	3.8	3.6	3.4	3.6
Равнище на безработицата (общо, % от работната сила)*	–	–	15.7	16.2	10.1	6.8
Реални лихвени проценти*	–	–	10.5	4.4	1.2	7.0
Официален валутен курс (лев към US\$)	–	–	0.07	2.1	1.6	1.4

Източник: World Bank, 2010; *World Bank, 2011; a 2008.

За разлика от някои други страни в преход в Централна Европа България прави по-малък прогрес в достигане на жизнения стандарт на ЕС. През 2009 г. БВП на човек от населението в стандарт на покупателната способност (СПС) е все още най-нисък в ЕС: той е 41% от средния за ЕС27, докато този на Румъния е 45%, на Полша – 61% и на Унгария – 63% (Eurostat News Release, 2010). През 2008 г. делът на населението, изложено на риск от изпадане в бедност (21%), е един от най-високите в ЕС, като само Латвия (26%) и Румъния (23%) са с по-високи стойности, а съответният дял за децата на възраст 0–17 години (26%) е сред най-високите в Съюза. Показателят за риск от бедност на хората на 65 години и повече засяга 34% от съответното население на България, като за Унгария той е 4%, за Полша – 12%, а средно за ЕС27 е 19% (Eurostat News Release, 2010).

През 2008 г. България е страната-членка на ЕС с най-високо ниво на материални лишения² – повече от 50%, като нивото за възрастните е с 22% по-високо отколкото за цялото население (Wolff 2010). Главното предизвикателство пред страната е да поддържа бърз процес на догон-

2 Нивото на материални лишения (material deprivation rate) представлява показател, измерващ броя на хората, които не могат да си позволят поне три от следните девет неща: неочаквани разходи, едноседмична почивка годишно извън дома, ипотека или други комунални разходи, месно, пилешко или рибно ястие всеки втори ден, да поддържат подходяща топлина в дома си, пералня, цветен телевизор, телефон или личен автомобил.

ване на по-развитите страни-членки. Това зависи до голяма степен от структурните реформи за стимулиране на растеж и конкурентоспособност. Тези реформи включват образователна и пенсионна реформа, както и спешно нужната здравна реформа.

1.3 Политически контекст

Рамката на политиката в България се задава от Конституцията, приета през юли 1991 г., според която страната е парламентарно представена демократична република с многопартиен режим и свободни избори при всеобщо избирателно право. Конституцията въвежда и гарантира принципа на разделение на властите между законодателния, изпълнителния и съдебния клонове на държавата.

Народното събрание, българският парламент, е с еднокамарен състав и се състои от 240 депутати, които се избират непосредствено от избирателите за срок от четири години. Конституцията предвижда още и Велико народно събрание, което се свиква при специални случаи: приемане на нова конституция, промени в територията на страната, промени във формата на управление или съществени поправки, изрично посочени във върховния закон. Народното събрание приема закони, приема държавния бюджет, установява данъчната система, насрочва изборите за президент, избира и отстранява министър-председателя и, по негово предложение, членовете на кабинета, одобрява разполагането и използването на български въоръжени сили извън територията на страната, ратифицира международни договори и споразумения и пр. Избори могат да бъдат насрочени преди края на парламентарния мандат в някои случаи, като например загубата на вот на доверие. След провеждането на изборите на най-голямата парламентарна група се възлага да състави правителство. Необходимо е просто парламентарно мнозинство за одобряването на правителството, наречено Министерски съвет, както и за нормалната законодателна дейност. Мнозинство от три четвърти от народните представители е нужно за промени в конституцията.

След промени в избирателната система, на 5 юли 2009 г. са проведени избори за 41 народно събрание, на базата на комбинация от пропорционален и мажоритарен вот, като листите на партии и коалиции и мажоритарни кандидати са регистрирани в 31 многомандатни и 31 едномандатни избирателни района. Съществува 4% праг пред партиите и коалициите, за да влязат в Народното събрание и да участват в разпределението на местата. Двадесет партии и коалиции и 357 индивидуални

кандидати участват в изборите. Шест политически партии и коалиции преминават 4% бариера: партия „Граждани за европейско развитие на България” (ГЕРБ), „Коалиция за България”, доминирана от Българската социалистическа партия (БСП), Движението за права и свободи (ДПС), националистическата партия „Атака”, дясноцентристката „Синя коалиция” (коалиция от две партии, „Съюз на демократическите сили” и „Демократи за силна България”) и партия „Ред, законност и справедливост” (РЗС). Общият брой на местата, спечелени от всяка партия и коалиция, са както следва: ГЕРБ – 116; „Коалиция за България” – 40; ДПС – 38; „Атака” – 21; Синя коалиция 15 и РЗС – 10.

България има и президент, който се избира пряко от избирателите за период от пет години с право на най-много два последователни мандата. Президентът е държавен глава и главнокомандващ въоръжените сили. Сред неговите задължения са да насрочва избори и референдуми, да оглавява Консултативния съвет за национална сигурност, да назначава и освобождава от длъжност висши военни, както и ръководителите на дипломатическите представителства в чужбина. Конституцията дава право на Президента да връща закони в Народното събрание за повторно обсъждане, т.е. да налага вето. Но върнатият закон може да бъде отново приет от повече от половината от всички народни представители. От края на 2011 г. президент на България е Росен Плевнелиев.

Министерският съвет (правителството) е главният орган на изпълнителната власт. Той обикновено се формира от партията с мнозинство в Народното събрание, ако съществува такава, или от най-голямата по численост партия в коалиция с други партии. Председателят на Министерския съвет (министър-председателят) се избира от Народното събрание. Министерският съвет е отговорен за провеждане на държавната политика, изпълнението на държавния бюджет и поддържането на ред и сигурност. Настоящият кабинет на България е еднопартиен, формиран от ГЕРБ и поддържан от „Атака” и дясноцентристката „Синя коалиция”. Министър-председател е Бойко Борисов, лидер на политическа партия ГЕРБ.

Съдебната система се състои от окръжни (28) и районни (113) съдилища. Всички въпроси на съдебната система се ръководят от Висшия съдебен съвет, който отговаря за управлението и организацията на магистратурата. Неговите членове избират чрез квалифицирано мнозинство от две-трети главния прокурор, както и председателите на Върховния административен и Върховния касационен съд. Конституционният съд се произнася за конституционността на законите и другите актове, както

и за съответствието им с международните договори. Членовете му са с мандат от 9 години и се избират от Народното събрание с мнозинство.

Областните управители се назначават от правителството. Общините действат като самоуправяващи се единици. Кметовете и членовете на общинските съвети се избират на местни избори. След 1992 г. съществени въпроси, свързани със здравеопазването, образованието и социалните дейности, са прехвърлени на общините. Има признаци на засилване на местната власт, като даване на свобода при определяне на ставките на местните данъци, по-добра координация на местните отговорности в рамките на централизираното финансиране, достъп до фондовете на ЕС, но забележими резултати все още не са налице (Freedom House, 2010).

Подобно на другите страни от Централна и Източна Европа, вероятно най-значимото историческо събитие от началото на първото десетилетие на настоящия век е приемането на България в ЕС. Както бе отбелязано в 1.2 Икономически контекст по-горе, подготовката за това присъединяване е стабилизиращ и стимулиращ фактор за икономическите и политически промени. Преди това, през 2004 г. България става членка на НАТО (Организацията на североатлантическия пакт) и нейните въоръжени сили вземат участие в ред международни мисии на пакта. Тя е член на ООН от 1955 г. и е основател на Организацията за сигурност и сътрудничество в Европа. Тя е член на Световната търговска организация (СТО) и Съвета на Европа. Подписала е и е ратифицирала Всеобщата декларация за човешките права, Международния пакт за икономически, социални и културни права и Конвенцията за правата на детето. България е ратифицирала и различни международни споразумения, имащи отношение към здравеопазването: Европейската конвенция за правата на човека и биомедицината (подписана през 2001 г. и влязла в сила през 2003 г.), Рамковата конвенция за защита на националните малцинства (1997 г.) и Общото споразумение за търговията с услуги (1996 г.)

Като цяло през двете десетилетия след края на комунизма през 1989 г. България прави значителен напредък в създаването на консолидирана демократична система на управление със стабилен парламент, устойчиви държавни структури, активно гражданско общество и свободни медии. След присъединяването на страната към ЕС, обаче, към българското правителство са отправени сериозни критики за забавяне на реформите. В резултат на някои скандали ред плащания по Европейски програми са отложени през 2008 г. Освен това събитията от последните две години показват, че са необходими допълнителни усилия, за да се гарантира „жизнеността“ и постоянният прогрес на българската демо-

крация. Много съществени въпроси изискват внимание, включително реформата на съдебната система, борбата с корупцията и организираната престъпност, подобряването на състоянието на групите в неравностойно положение, възстановяването на общественото доверие в демокрацията и приобщаването на гражданите към политическия процес (Freedom House, 2010).

1.4 Здравен статус

Очакваната продължителност на живота се увеличава във всички страни на ЕС. Това важи и за България, където средната очаквана продължителност на живота след 1970 г. непрекъснато се увеличава, с изключение на леко снижение между 1989 и 1997 г. През 1980 г. тя е 71.2 години, докато през 2008 г. достига вече 73.3 години. Разликата между мъжете и жените е значителна. Между 2007 и 2009 г. продължителността на живота на мъжете е 69.8, а тази на жените – 77 години (Таблица 1.3). Подобно на някои други страни от източния блок, България преживява криза в смъртността в началото на 90-те години (Nolte, McKee & Gilmore, 2004), когато продължителността на живота спада до 70.4 години през 1997 г. (World Bank, 2010). След края на комунизма индикаторите на смъртността и за жените, и за мъжете се влошават, но това важи особено за мъжете (вж. Таблица 1.3). Това обяснява и лекия спад в продължителността на живота. Като цяло България е с по-неблагоприятни от средните стойности на повечето показатели за смъртност и заболяемост в ЕС27. През 2008 г. продължителността на живота е с шест години по-малка от средната на ЕС27 (79.5) и почти седем години по-ниска от средната за ЕС15 (80.7). Тя е малко повече от година по-ниска от средната за ЕС12 (75.0), сравнима е с тази в Унгария (74.0) и Румъния (73.4) и малко по-ниска от продължителността на живота в Полша (75.5) (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Таблица 1.3

Смъртност и здравни показатели, избрани години

	1980	1990	1995	2000	2005	2008
Очаквана продължителност на живота, общо (години)	71.2	71.6	71.1	71.7	72.5	73.3
Очаквана продължителност на живота, мъже (години)	68.5	68.3	67.4	68.2	69.0	69.8
Очаквана продължителност на живота, жени (години)	74.0	75.2	74.9	71.3	76.2	77.0
Обща смъртност, мъже (на 1 000 възрастни мъже)	189.9	219.3	245.3	224.9	220.6	213.0*
Обща смъртност, жени (на 1 000 възрастни жени)	98.6	98.0	99.9	98.8	92.1	90.6*

Източник: World Bank, 2010; *за 2007.

Данните сочат, че подобно на други страни в преход населението на България има по-ниска очаквана продължителност на живота и по-нисък очакван живот при добро здраве, отколкото населението в западните страни. За ЕС15 средният брой години в добро здраве през 2002 г. е 70.1 (WHO, 2009a), докато за България той е 66 години – 66 за жени и 63 за мъже през 2007 г. (Таблица 1.4). Средната продължителност на предстоящия живот без инвалидност (DFLE) е 66 г. през 2007 г., сравнена със 71.7 г. средно за ЕС27, 73 г. средно за ЕС15 и 66.7 г. средно за ЕС12 (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Таблица 1.4

Очаквана продължителност на живота при добро здраве (HALE), избрани години

	2002	2007
Очаквана продължителност на живота при добро здраве (HALE), двата пола	65	66
Очаквана продължителност на живота при добро здраве (HALE), мъже	63	63
Очаквана продължителност на живота при добро здраве (HALE), жени	67	69

Източници: WHO, 2008; WHO, 2009a.

Анализът на причините за смъртността в България (Таблица 1.5) показва, че подобно на много други европейски страни основните причини за умиранията са болестите на органите на кръвообращението. Стандартизираният коефициент на смъртност (SDR) от тези болести се колебае от 80-те години, бележи връх през 1997 и 1998 г. (съответно 814.1 и 813.1 – не е показано в таблицата) и с постоянна тенденция на намаление след това. Независимо от това, обаче, през 2008 г. той е най-висок в ЕС – 611.3 умирания на 100 000 души, което го прави 1.4 пъти по-висок от средния за ЕС12 (439.9), 2.5 пъти по-висок от средния за ЕС27 (240.4) и дори 3.3 пъти по-висок от средния за ЕС EU15 (188.3) (WHO Regional Office for Europe, 2010). Този неблагоприятен факт може да бъде свързан с преобладаващите нездравословни навици и поведение (небалансирана диета, тютюнопушене и слабата физическа активност), психологически фактори, както и недостатъчната промоция, превенция на здравето и органичаване на рисковите фактори.

Злокачествените новообразувания (ракът) е втората най-често срещана причина за смъртността през последните две десетилетия. През 2008 г. стандартизираният коефициент на смъртност (SDR) от злокачествени новообразувания в България (171.6) е малко под средния за ЕС27 (173.6), доста под средния за ЕС12 (199.4), но по-висок от средния за ЕС15 (166.9). Но противно на спадането на смъртността от новообра-

зувания в ЕС, в България тя се увеличава след 2000 г. Умиранията поради външни причини (травми и натравяния) и от респираторни болести са на сравнимо равнище. През 2008 г. стандартизираният коефициент на смъртност (SDR) от външни причини е 44.9, като той е по-висок от средния за ЕС27 (38.7) и ЕС15 (32.9), но е много по-нисък от средния за ЕС12 (61.0). Стандартизираният коефициент на смъртност (SDR) от болести на дихателната система е 41.6, малко по-нисък от средните за ЕС27 и ЕС15, съответно 44.5 и 44.9 (WHO Regional Office for Europe 2010). През 2009 г. трите основни причини за умиранията в България са отново болестите на органите на кръвообращението (66.0% от всички случаи), злокачествените новообразувания (15.9%) и болестите на дихателната система (3.8%) (National Center of Health Informatics (NCHI), 2010).

Таблица 1.5

Основни причини за смъртност, избрани години (стандартизиран показател, всички възрасти на 100 000 души)

Причини за смъртта	1980	1990	1995	2000	2005	2008
Всички причини	1 162.1	1 138.3	1 170.3	1 145.8	1 065.3	995.4
Инфекциозни и паразитни болести	7.2	5.89	7.06	8.59	7.3	6.9
Туберкулоза	3.9	2.1	3.4	3.4	2.9	2.4
Болести на органите на кръвоносната система	638.0	691.3	725.6	737.1	677.4	611.3
Исхемична болест на сърцето	185.3	230.1	234.8	193.6	163.1	126.0
Злокачествени новообразувания	136.9	152.4	161.6	150.1	171.0	171.6
Рак на маточната шийка	3.9	5.2	6.6	6.9	6.9	7.0
Рак на гърдата	16.6	21.1	22.6	21.8	23.6	23.3
Рак на трахеята, бронхите и белите дробове	27.0	30.7	33.2	29.0	34.6	34.5
Диабет	11.2	17.7	21.1	19.1	16.5	18.1
Психически разстройства, болести на нервната система и на сетивните органи	7.2	8.3	11.2	11.0	9.6	11.0
Болести на дихателната система	107.8	68.4	56.1	46.8	43.6	41.6
Болести на храносмилателната система	27.6	33.6	37.2	30.0	33.1	34.8
Външни причини (травми и отравяния)	61.1	60.9	62.7	52.4	45.0	44.9
Транспортни произшествия	16.0	18.4	14.8	11.7	10.8	13.4
Самоубийства и самоанарявания	13.7	14.1	15.5	15.0	10.7	10.1

Източник: WHO Regional Office for Europe, 2010.

Хроничните незаразни болести са проблем за България от десетилетия. През 2008 г. заболяванията на дихателната система представляват 38% от всички болести, следвани от болестите на нервната система, на органите на кръвоносната система, травми и отравяния (Ministry of Health, 2008). Заболяемостта от рак на 100 000 души нараства от 285.1 през 1995 на 320.1 през 2000 и 426.0 през 2008г. (WHO Regional Office

for Europe, 2010). Болестността от туберкулоза варира. След устойчив спад през 80-те години тя започва да расте и почти се удвоява през 90-те, от 25.1 случая на 100 000 души през 1990 на почти 50 през 1998 г. Обратната неблагоприятна тенденция през 90-те години може да бъде отнесена към влошаващите се икономически условия и свързаните с тях фактори, като бедността, социалното напрежение и недохранване. От началото на първото десетилетие на настоящия век този коефициент започва да пада и достига до 38.6 през 2008 г. Въпреки че е сравним със средния за ЕС12 (37.5), той е два-пъти по-висок от средния за ЕС27 (14.1) и повече от четири пъти по-висок от средния за ЕС15 (7.9).

Болестността от хронични инвалидизиращи заболявания е важен индикатор за здравния статус на населението. Броят на новите случаи на инвалидизация на 100 000 души е на високо равнище от самото начало на първото десетилетие на века. През 2004 г. той достига до 1589.0 на 100 000 и независимо че след това има тенденция на намаляване, през 2008 г. са регистрирани 734.5 нови случая. Въпреки че е трудно да се правят сравнения между страните поради националните специфики в начина на определяне, различията между инвалидизацията в България и Унгария (269.4), Полша (137.9), средната за ЕС27 (563.4 през 2007 г.) и ЕС12 (324.2) са значителни (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Разпространението на ХИВ на 100 000 души е сравнително ниско в България: 0.6 през 2000, 1.1 през 2005 и 1.6 през 2008 г., сравнени със средни стойности от 5.3 за ЕС27, 2.5 за ЕС 12 и 6.0 за ЕС 15 през 2008 г. Но годишният брой на новооткритите случаи се увеличава от 49 през 2000 до 125 през 2007 г. Като цяло, между 1986 и 2007 г. са регистрирани 816 случая на инфектирани с ХИВ, 180 от които са развили СПИН. Според здравните власти има увеличение на регистрираните случаи след 2004 г., което се дължи в голяма степен на активното проследяване и превенция на ХИВ в изпълнение на Национална програма за превенция и контрол на ХИВ/СПИН, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария (Министерство на здравеопазването 2008б; United National Development Programme Bulgaria, 2008). Една трета от регистрираните случаи през последните години са на хора под 25 години, докато възрастта на някои заболели е под 16 години. Преобладаващият брой от нови случаи е регистриран в 4 от 28-те области: София, Пловдив, Варна и Бургас.

Един от най-важните рискови фактори, засягащ здравния статус в България, е тютюнопушенето. През 2006 г. разпространението на тютюнопушенето сред възрастните (15 и повече години) е 49% сред мъжете и

38% сред жените. Тютюнопушенето сред подрастващите на възраст 13-15 години за периода 2000–2009 г. е 26.4% сред момчетата и 31.8% сред момичетата. През 2008 г. стандартизираният коефициент на смъртност (SDR) поради причини, свързани с тютюнопушенето, е 372.5, което е над средния за ЕС12 (349.6) и два-пъти по-висок от този за ЕС15 (179.6) (WHO Regional Office for Europe, 2010).

През 1990 и 2000 г. индексът на разпространение на зъбния кариес сред дванадесетгодишните деца (DMFT-12) се е увеличил от 3.1 на 4.4, което е далеч над средния за ЕС27 (1.9) и за ЕС15 (1.4) и с 25% по-висок от този за ЕС12 – 3.6 (WHO Regional Office for Europe, 2010). За съжаление, липсват по-нови данни.

Детската смъртност намалява през последните 30 години (Таблица 1.6). Между 2000 и 2009 г. равнището на детска смъртност намалява значително от 13.3 на 8.6 на 1 000 живородени деца. Смъртността на децата от 0 до 5 години също пада от 17.4 през 2000 на 10.0 през 2009 г. И двата показателя отбелязват намаление с по 5-6% годишно. Но България все още изостава от средните за ЕС12 и ЕС27 стойности. През 2008 г. детската смъртност на 1000 живородени деца в България е приблизително два пъти по-висока от средната за ЕС27 (4.4 на 1000) и втората най-висока в ЕС след Румъния (11.0 на 1000) (WHO Regional Office for Europe 2010). Има значителни географски различия в този вид смъртност, като най-ниската е в Благоевград (4.8) и столицата София (5.7), а най-висока е в Сливен (21.6) и Добрич (12.7). Детската смъртност в селските райони е с 50% по-висока от тази в градските (National Center of Health Informatics, 2010).

Неонаталната смъртност (умрелите деца на възраст от 0 до 27 навършени дни) се съкращава почти наполовина, от 10.4 през 1980 г. на 5.4 на 1000 живородени през 2009 г., но отново е над средната за ЕС12 (4.2 през 2008 г.) и два-пъти по-висока от средната за ЕС15 (2.6 през 2008). Постнеонаталната смъртност (умрелите деца на възраст от 28-ия ден до 1 година) демонстрира още по-внушителен спад – от 15.0 на 1000 през 1980 г. на 3.6 на 1000 през 2009 г. Но и този показател е все още несъразмерно висок в сравнение със средния за ЕС27 (1.5 през 2008 г.) и още повече в сравнение със съответния среден показател за ЕС15 (1.2 през 2008 г.), а дори и съпоставен с някои други източно-европейски страни, като Унгария (1.8 през 2008 г.) и Полша (1.7 през 2007 г.). Данните показват малък прогрес в снижаването на перинаталната смъртност (включваща мъртвородените и умрелите до шестия ден деца). Въпреки че този показател намалява от 15.0 през 1980 на 10.5

през 2008 г., той е все още два пъти по-висок от средния за ЕС12 (5.7 през 2008 г.) и поне с 32%³ по-висок от този на Румъния (8.0 през 2008 г.). Като цяло, положителните тенденции в детската смъртност през последното десетилетие са резултат от стабилизирането на политическата и икономическа ситуация в страната и подобряване на благосъстоянието на повечето семейства. Но незадоволителният прогрес в намаляването на някои подкатегории на детската смъртност определено трябва да е сред приоритетите в здравеопазната система. През 2008 г. стандартизираният коефициент на смъртност (SDR) на 100 000 умрели деца под 5 години от респираторни инфекции, пневмония и грип е особено висок, 30.7, в сравнение с 1.5 в Унгария, 3.7 в Полша, 5.2 в ЕС27 и 1.3 в ЕС15 (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Майчината смъртност (Таблица 1.6) бележи устойчива тенденция към спад и е достигнала равнище малко над средното за ЕС27. През 2008 г. тя е 6.4 на 100 000 живородени в сравнение с 6.1 средно за ЕС27 (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Таблица 1.6

Показатели за майчино, детско и младежко здраве, избрани години

Показатели	1980	1990	1995	2000	2005	2009
Плодовитост (на 1 000 жени на възраст 15–19 години)	80.3	68.3	53.5	45.5	38.5	48.9
Прекратяване на бременността (честота на абортите) (на 1 000 жени на възраст 15–49 години)	72.9	67.2	47.2	30.6	22.3	18.7
Детска смъртност (0–1 на 1 000 живородени)*	20.2	14.8	14.8	13.3	10.4	8.6 а
Смъртност на децата под 5 години (на 1 000)**	24.1	18.3	19.3	17.4	13.3	10.0
Неонатална смъртност (на 1 000 живородени)	10.4	7.7	7.8	7.5	6.2	5.4
Постнеонатална смъртност (на 1 000 живородени)	10.0	7.1	7.1	5.9	4.2	3.6
Перинатална смъртност (на 1 000 живородени)	15.0	11.1	11.8	12.2	12.0	11.3
Майчина смъртност (на 100 000 живородени деца)*	21.1	20.9	13.9	17.6	11.3	6.4 а
Новооткрити заболявания от сифилис (на 100 000)*	л.д	4.2	20.1	19.8	7.7	л.д
Новооткрити гонококови инфекции (на 100 000)*	л.д	61.2	23.3	6.7	л.д.	л.д.

Източници: NCHI, 2010; * WHO Regional Office for Europe, 2010; **World Bank, 2010; а 2008.

Имунизационното покритие в България е традиционно високо. За преобладаващата част от ваксина-предотвратимите заболявания: туберкулоза, дифтерия, морбили, полиомиелит и коклюш, покритието е над 95%. През 2008 г. процентът на имунизирани срещу морбили е 95.9%, който е по-висок от средния за ЕС15 (91.2) и за ЕС27 (92.6), но малко по-нисък от средния за ЕС (97.6).

2. Организация и управление

Министерството на здравеопазването е отговорно за националната здравна политика и за цялостната организация и функциониране на здравната система. То обичайно си партнира с всички министерства, които имат отношение към проблемите на общественото здраве, като Министерство на финансите, Министерство на транспорта и комуникациите, Министерство на околната среда и водите, Министерство на земеделието и храните, Министерство на труда и социалната политика, както и Министерство на образованието, младежта и науката.

Законът за здравното осигуряване от 1998 г. реформира българската здравна система в система на здравно осигуряване със задължителен и доброволен компонент. Основните участници в тази система са осигурените лица, лечебните заведения и финансиращи организации, представени от НЗОК, като единствен платец и администратор на системата на социалното здравно осигуряване, и от ДДЗО.

Докато осигурителната система (задължително и доброволно здравно осигуряване) покрива диагностиката, лечението и рехабилитацията, както и лекарствоснабдяването на здравноосигурените лица, Министерството на здравеопазването е отговорно за осигуряването и финансирането на услугите в областта на общественото здравеопазване, спешната помощ, трансплантациите, трансфузионната хематология, лечението на болни от туберкулоза и болничното лечение на психичните заболявания. Министерство на здравеопазването отговаря също и за планирането и осигуряването на човешките ресурси за здравната система, за развитието на медицинската наука, за събирането и поддържането на данни за здравния статус на населението и националните здравни сметки. По отношение на последното, обаче, Министерството признава в

Националната здравна стратегия 2008–2013, че качеството и надеждността на информацията се влошават след 1989 г. и по-специално – след въвеждането на здравноосигурителната система.

Лечебните заведения са автономни самоуправляващи се организации. Частният сектор обхваща цялата първична извънболнична медицинска и стоматологична помощ и фармацевтичният сектор, по-голямата част от специализираната извънболнична помощ и някои болници. Държавата притежава всички университетски болници и национални центрове, националните специализирани болници, централните за спешна медицинска помощ, психиатричните болници, централните за трансфузионна хематология и диализа, както и 51% от капитала на областните многопрофилни болници за активно лечение.

Според Закона за здравното осигуряване, всички български граждани са задължително здравно осигурени. Техните права като пациенти и като здравно осигурени лица са дефинирани в Конституцията на страната, Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване, както и в редица други национални и международни закони и регламенти. Въпреки това, обаче, редица изследвания показват, че българските граждани са недостатъчно запознати с правата си като пациенти. Въпреки че в България съществуват много пациентски организации, тяхната роля в избора на приоритети в здравеопазването е несъществена.

2.1 Общ преглед на здравната система

Приоритетите на здравната политика са определени от Министерството на здравеопазването чрез Националната здравна стратегия. На областно равнище държавната здравна политика се организира и изпълнява от Регионалните здравни инспекции (РЗИ). Българската здравна система е основана на осигурителния модел и се състои от задължително и доброволно здравно осигуряване. ЗЗО се осъществява от една-единствена финансираща организация – Националната здравноосигурителна каса, докато ДЗО се осъществява от акционерни дружества, работещи с цел печалба. Осигурителната система (ЗЗО и ДЗО) покрива диагностиката, лечението и рехабилитацията, както и лекарственоснабдяването на здравноосигурените лица. Услугите в обхвата на общественото здравеопазване, болничната помощ за хора с психични заболявания, спешната помощ, трансплантациите и трансфузионната хематология са организирани и финансирани от Министерството на здравеопазването.

Системата на социално здравно осигуряване е създадена със Закона за здравното осигуряване през 1998 г. Националната здравноосигурителна каса е създадена като автономна публична и независима от изпълнителната власт (правителството) институция. НЗОК е единствената институция, отговорна за организацията на ЗЗО и поради това, на практика е монополист по закон. Структурата ѝ включва един централен офис, разположен в София, 28 регионални структури (Районни здравноосигурителни каси, РЗОК, по една във всяка област) и 105 общински клонове. Висшият управленски орган на НЗОК включва представители на държавата, осигурените лица и работодателите. Главната цел на НЗОК е да гарантира равен достъп до здравната система на осигурените лица. НЗОК финансира медицинските и стоматологичните услуги, както и лекарства за домашно лечение, включени в основния пакет от услуги, гарантиран от бюджета на НЗОК (вж. 3.3.1 Покритие). Основният пакет и цените на услугите, включени в него, са обект на договаряне между НЗОК и съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина в България. Договарянето се извършва ежегодно и приключва с подписването на Национален рамков договор. В НРД също така са дефинирани правата и задълженията на НЗОК, лечебните заведения и осигурените лица, както и механизмите за контрол. На основата на НРД лечебните заведения сключват индивидуални договори с Районните здравноосигурителни каси. РЗОК сключват договори с всички публични или частни лечебни заведения, работещи на тяхната територия, които отговарят на критериите, предвидени в НРД. Това означава, че РЗОК не могат да сключват договори селективно.

Съгласно Закона за лечебните заведения от 1999 г. лечебните заведения са автономни участници на пазара на здравни услуги. Законът дефинира три вида лечебни заведения: (1) лечебни заведения за извънболнична помощ (индивидуални или групови практики за първична или специализирана медицинска и дентална помощ, медицински и дентални центрове, диагностични лаборатории), (2) лечебни заведения за болнична помощ (специализирани и многопрофилни болници, за активно лечение или продължаващо лечение и рехабилитация) и (3) други, обхващащи централите за спешна медицинска помощ, центрове за психично здраве, комплексни онкологични центрове, центрове за кожно-венерически заболявания, домове за медико-социални грижи, хосписи, диализни центрове и тъканни банки. Независимо от формата на собственост, публична или частна, всички лечебни заведения трябва да бъдат регистрирани по Закона за лечебните заведения, както и по Търговския закон или Закона за кооперациите. Към 2011 г. частният

сектор обхваща първичната помощ, голяма част от специализираната извънболнична медицинска и дентална помощ, аптеките и някои болници. Всички лечебни заведения, освен центрoвете за спешна медицинска помощ, могат да сключват договори с НЗОК и ДДЗО. Те могат, също така, да получават директно заплащане от пациентите за услуги, които не са покрити от осигурителите или в случаите, в които лечебното заведение няма сключен договор с осигурителя. Държавните и общинските лечебни заведения могат да получават финансиране от Министерството на здравеопазването или от общините в допълнение към плащанията от страна на НЗОК и пациентите.

Спешната помощ, както и дейността на институциите по общественото здравеопазване са организирани и финансирани от Министерството на здравеопазването. Центровете за спешна медицинска помощ са 28, по един във всеки областен град, които имат филиали в по-малките населени места в областта. През 1999 г. системата на общественото здравеопазване е реструктурирана в 28 Регионални центровете за опазване и контрол на общественото здраве (РИОКОЗ). В началото на 2011 г. РИОКОЗ са обединени с регионалните структури на Министерство на здравеопазването – Регионалните здравни центровете (РЦЗ), формирайки новите Регионални здравни инспекции (РЗИ). Регионалните здравни инспекции поемат функциите на двете предишни структури РИОКОЗ и РЦЗ. Системата на общественото здравеопазване включва и Националния център по радиобиология и радиационна защита, Националния център по заразни и паразитни болести, Националния център по наркомании, Националния център по здравна информация и Националния център за опазване на общественото здраве. Последните два са обединени през 2011 г.

2.2 Исторически предпоставки

Развитие до 1989 г.

Балканските войни (1912–1913) и Първата световна война (1914–1918), които причиняват влошаване на здравния и социалния статус на населението, правят необходимостта от реформа в социалната и здравната сфера видима за тогавашното българско правителство. През 1918 г. се приема Законът за осигуряване на работниците и служещите в случай на злополука и болест. Законът за общественото осигуряване, приет през 1924 г., е последван от приетия година по-късно Закон за настаняване на работа и осигуряване при беработица. Законът за общественото

осигуряване въвежда задължителното социално осигуряване за всички работници и служители, наети от държавни, обществени или частни организации в случай на злополука, болест, майчинство, инвалидност и старост. Създава се социален осигурителен фонд. Този фонд финансира построяването на болници, сестрински домове, диспансери, комунални съоръжения и работнически общежития. Законът за общественото здраве, приет през 1929 г. (заменящ този от 1903 г.), дефинира санитарните и протиепидемични стандарти, борбата със социално-значимите болести и здравното образование.

Първото българско Министерство на народното здраве е създадено през 1944 г. с настъпването на периода на централизация в здравеопазването. Законът за защита на майката и детето, приет през 1946 г., поставя основите на стабилна система на здравно обслужване на майките и децата.

Преструктурирането на българската здравна система в централизирана държавна система започва през 1949 г. Принципите на осигурителната медицина се заменят с принципите на социалистическото здравеопазване. Решение на Народното събрание от 1951 г. въвежда „всенародна безплатната медицинска помощ“. Предоставянето на медицинската помощ е организирано на районен принцип. Създава се държавна мрежа за лекарствоснабдяване. През този период частните болници и аптеки се национализират. Кооперативите на лекарите и фармацевтите, както и частната медицинска практика са забранени през 1972 г. Създава се специализирана система за медицинско обслужване на работниците, както и система за следене на разпространението на значимите заболявания. Извънболничната помощ се оказва от районни лекари и специалисти в поликлиниките, които са свързани с болниците. Правителството организира система за майчино и детско здравеопазване.

През 1973 г. е приет нов Закон за народното здраве. Законът акцентира върху опазване на околната среда, поведенските фактори, демографските въпроси и включването на обществеността в решаването на здравните проблеми.

В периода до 1989 г. здравната система се развива в среда на централизирано финансиране и управление. Постепенно стават очевидни редица проблеми на здравния и демографския статус на населението, както и невъзможността за справяне с тях в условията на неефективно функциониране на здравния сектор, лошо управление и непълноценно използване на ресурсите на здравната система.

Развитие след 1989 г.

Политическите промени в България започват през 1989 г. с развитието на многопартийна система. През 1991 г. е приета новата Конституция на Република България и е поставено началото на икономическата реформа. Промените в публичния сектор следват нестабилни реформени траектории, с често подменящи се принципи и цели. Обсъждането на необходимостта от реструктуриране на здравната система в системата на здравно осигуряване започва едновременно с трансформацията от централизирана планова към пазарна икономика.

Приемането на Закона за здравното осигуряване (1998), Закона за лечебните заведения (1999), Закона за съсловните организации на лекарите и стоматолозите (1998) и Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина (1995) осигурява нормативната основа на здравната реформа. Законът за народното здраве, приет през 1973 г., остава в сила до 2004 г., когато е заменен от Закона за здравето, в сила от 2005 г. В редица случаи многобройните законодателни промени водят до размиване и несъответствие между новите и съществуващите регламенти. Това причинява объркване относно ролите и отговорностите на различните участници в системата.

Изграждането на здравноосигурителната система започва през 2000 г., изоставайки от другите сектори на икономиката. Считано от месец юли 1999 г., работодателите са длъжни да поемат част от социално-осигурителните вноски едновременно със своите работници. Така са осигурени финансовите ресурси за фактическия старт на реформата. От държавно финансирана система, основана на принципите на универсализма и всеобща достъпност, здравната система е трансформирана в система на социално здравно осигуряване. Реформата въвежда пазарните принципи, децентрализацията, както и плурализма в собствеността на здравните организации и предоставянето на медицинските услуги.

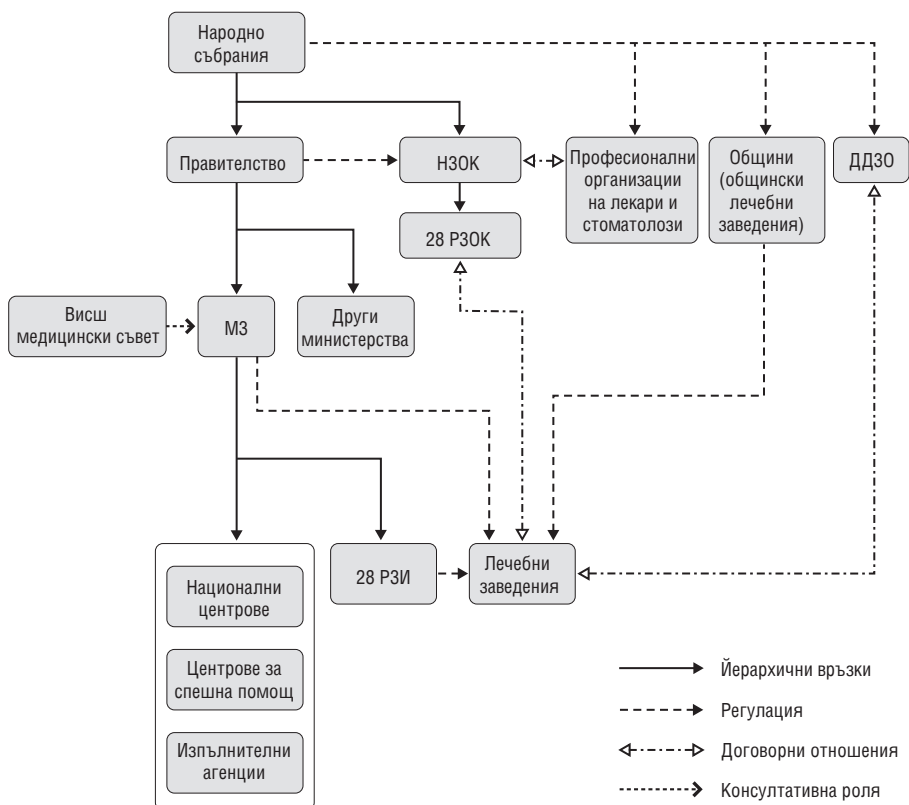
Законодателните промени създават три основни участника в системата: пациентите като потребители, извънболничните и болничните лечебни заведения като доставчици на здравни услуги и обществената и частните осигурителни организации като платци в полза на осигурените лица. Непоследователните реформи, обаче, водят до напрежение и конфликти между различните сектори на здравната система. Поради организационни проблеми и неясни права и отговорности се обтягат отношенията пациент – здравна система (вж. 6 *Основни реформи в здравеопазването*).

2.3 Организация

Организацията на българската здравна система е представена на Фиг. 2.1. Водещите участници в системата са Народното събрание, Министерството на здравеопазването, Националната здравноосигурителна каса и Висшият медицински съвет.

Фиг. 2.1

Организация на здравната система в България през 2011 г.



Народно събрание

България е парламентарна република и Народното събрание има важна роля в развитието на националната здравна политика. То одобрява не само националния бюджет, но също и бюджета на НЗОК. Съгласно Конституцията и Правилника за организацията и дейността на Народното събрание със здравната реформа от 2000 г. се създава Парламентарна комисия по здравеопазване. Комисията притежава законодателна власт

и разглежда актуални проблеми, свързани със здравето, поставени за обсъждане от нейните членове или други народни представители, както и от министъра на здравеопазването и директора на НЗОК. Предложения до Комисията по здравеопазване могат да бъдат правени и от професионалистите, професионалните организации и неправителствени организации. Комисията инициира и организира обществени дебати.

Министерство на здравеопазването

Министърът на здравеопазването е национално отговорният орган за цялостната здравна система на страната. В тази си роля той или тя е основен администратор на здравния бюджет и притежава изпълнителни компетенции в управлението на националната здравна система. Министърът изпълнява държавната здравна политика и развива и прилага националната здравна стратегия. В допълнение, министърът представя годишния доклад за здравето на нацията, както и доклад за изпълнението на Националната здравна стратегия пред Народното събрание.

Министърът ръководи дейностите, свързани с опазване на общественото здраве и държавния здравен контрол, спешната помощ, трансфузионната хематология, болничната психиатрична помощ, медицинските и социалните грижи за деца до тригодишна възраст, трансплантациите и здравната информация, осигуряването и устойчивото развитие на здравните дейности в лечебните заведения, медицинската експертиза, професионалното медицинско обучение и медицинската наука. Министърът на здравеопазването наблюдава и е отговорен за свързаните със здравето дейности на Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта.

Министърът на здравеопазването отговаря за координацията между участниците в системата. На подчинение на Министерството и финансирани от него са няколко Изпълнителни агенции (по лекарствата, трансплантациите) и Национални центрове (например, по обществено здравеопазване, заразни болести, здравна информация). Министърът на здравеопазването може да формира постоянни или ad hoc консултативни съвети и експертни групи в помощ на обсъждането и вземането на решения по конкретни проблеми, като например реструктурирането на болничния сектор, ХИВ/СПИН и полово предавани болести и лечение в чужбина.

Други министерства

Министерството на здравеопазването си взаимодейства с Министерството на финансите по въпросите, свързани с финансирането и раз-

пределението на финансовите средства в здравната система. Това взаимодействие е засилено през 2010 г., когато министърът на финансите става и заместник министър-председател, упълномощен да отговаря за разпределението на здравните фондове. На практика това означава, че министърът на здравеопазването не може да взема решения относно финансирането на здравната система без одобрение от министъра на финансите.

Обучението на медицинския персонал изисква съвместни действия с Министерството на образованието, младежта и науката. Министерството на здравеопазването си взаимодейства и с Министерството на околната среда и водите и с Министерството на земеделието и храните по въпроси, свързани със защитата на общественото здраве, околната среда и безопасността на храните. Също така Министерството на здравеопазването осъществява близко сътрудничество с НЗОК, Агенцията за социално подпомагане и няколко съвета и комисии, създадени от Министерския съвет, като Националния съвет по наркотичните вещества, Националния съвет по медицинска експертиза и Централната комисия по етика.

Висш медицински съвет

Висшият медицински съвет е консултативен орган към Министерството на здравеопазването. Включва по петима представители на Министерството на здравеопазването и на Българския лекарски съюз, по трима представители на Българския зъболекарски съюз, Съюза на фармацевтите в България и Националния осигурителен институт, по един представител на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи, Националното сдружение на общините, Българския червен кръст и по един представител на медицинските университети.

Висшият медицински съвет консултира МЗ във връзка с националната здравна стратегия, проектите за здравни разходи, проектите на бюджета и годишния доклад на министъра на здравеопазването, планирането на квотите за прием на студенти и специализанти, както и по въпроси, свързани с медицинската етика.

Висш съвет по фармация

Висшият съвет по фармация е създаден от министъра на здравеопазването. Неговият състав включва по пет представители на Министерството на здравеопазването и Българския фармацевтичен съюз, двама представители на НЗОК и по един представител на фармацевтичните факултети на медицинските университети в страната. Съветът консултира министъра на здравеопазването по главните насоки и приоритети в областта на фармацията и лекарствената политика.

Национална здравноосигурителна каса

НЗОК е създадена през 1999 г., след приемане на Закона за здравното осигуряване от 1998 г. Структурата на НЗОК се състои от централно управление и 28 Регионални здравноосигурителни каси. Управлява се от надзорен съвет и директор, избрани от Народното събрание. Бюджетът на НЗОК се приема ежегодно от Народното събрание. Той е основният публичен източник за финансиране на здравната система. Отношенията между НЗОК и лечебните заведения са основани на Националния рамков договор и индивидуалните договори с доставчиците на медицински услуги. НЗОК финансира и гарантира достъп до здравните услуги, включени в основния пакет, на осигурените лица (вж. 3.3.1 Покритие). Реимбурсните нива на здравните услуги и стоки, включени в основния пакет, са определени в Националния рамков договор. Индивидуалните договори определят специфичните услуги, които лечебните заведения могат да предоставят на осигурените лица. НЗОК контролира и проследява дейностите на лечебните заведения и налага санкции в случай на нарушаване на правата на пациентите.

Професионални организации

Четири са професионалните медицински асоциации, създадени чрез закон: Български лекарски съюз, Български зъболекарски съюз, Български фармацевтичен съюз и Асоциация на професионалистите по здравни грижи. Членството в тези асоциации е задължително. Те защитават правата и интересите на техните членове. Асоциациите правят изказвания и коментари по проектите за здравни разходи, участват в разработването на Правилата за добра медицинска практика и обсъждат етични въпроси.

Регионални здравни инспекции

На областно равнище здравната политика по общественото здраве е организирана и прилагана от 28 Регионални здравни инспекции, които са местните органи на Министерството на здравеопазването. Задачите на РЗИ включват събиране, регистрация, съхранение, анализ и предоставяне на здравна информация, контрол по регистрацията на лечебните заведения и качеството на предоставянето от тях услуги, въвеждане на информационните технологии, организиране на плановете за действие при природни бедствия и инциденти, координация на дейностите по прилагането на национални и регионални здравни програми, провеждане на проучвания относно необходимостта от човешки ресурси в здравеопазването.

Общини

По време на процеса на децентрализация общините стават собственици на значителна част от лечебните заведения. Към 2011 г. съществена част от специализираната извънболнична помощ, приблизително 70% от многопрофилните болници за активно лечение и някои специализирани болници за активно лечение са общинска собственост (Национален център по здравна информация, 2010). Също така, общините участват в собствеността на областните многопрофилни болници (вж. 5.4 Болнична медицинска помощ). Това повишава тяхната отговорност за здравната система и здравето на населението. Местните власти, ангажирани в здравеопазването, включват постоянните комисии по здравеопазване към общинските съвети и здравните дирекции. Постоянните комисии проучват здравните потребности и проблемите при предоставянето на здравните услуги и разработват предложения за тяхното решаване. Здравните дирекции организират здравното обслужване в общините под отговорността на Регионалните здравни инспекции. В някои общини функционират така наречените Съвети по обществено здраве в качеството си на консултативни органи към администрацията на кмета на общината.

Частен сектор

Частният сектор в здравеопазването е възстановен с пакета реформени закони от 1991 г. Към 2011 г. цялата първична помощ и голяма част от специализираната извънболнична помощ, денталната помощ и аптеките, както и част от болниците принадлежат на частния сектор. През 2009 г. частните болници са повече от 30% от болниците в страната (Национален център по здравна информация, 2010), а частните легла в болниците като процент от общия брой на леглата са 11.4% при 36.2% средно за ЕС27 (WHO Regional Office for Europe, 2011). В частните болници са постъпили 14.3% от всички хоспитализирани пациенти през 2009 г. По данни на Националния център по здравна информация използваемостта на леглата в частните болници е един път и половина по-ниска в сравнение със средната за страната, докато оборотът на леглата е сравним със средните стойности за болниците за активно лечение (Национален център по здравна информация, 2010). Съществуват значими разлики в извършваните дейности между частните и публичните болници. Повечето от частните болници са специализирани в областта на хирургията, акушерството и гинекологията и офталмологията. Разпространено сред професионалната общност е мнението, че частните болници обичайно приемат пациенти без усложнения и по най-печелившите клинични пътеки (вж. 3.7.1 Заплащане за здравни услуги). Съгласно Закона

за лечебните заведения частните лечебни заведения могат да сключват договор с НЗОК по същите правила, както и публичните. В допълнение към това, частните лечебни заведения предлагат услуги, които не са покрити от системата на социалното здравно осигуряване.

Частни здравноосигурителни компании

Доброволното здравно осигуряване не успява да се развие в значим пазар за здравни услуги, независимо от съществуването на 20 лицензирани компании. Броят на лицата, обхванати от ДЗО, е близо 5% през 2009 г. и по-малко от 3% през 2010 г. (Застраховател, 2010). Контролът върху дейността на ДЗО е възложен на Комисията за финансов надзор (КФН) към Народното събрание. ДЗО предлагат пакети от здравни услуги за превенция, извънболнична и болнична медицинска помощ и възстановяване на разходи за медицински услуги във или извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Най-голямата компания има 15.4% пазарен дял, а шест компании заедно притежават 70.4% от пазара на доброволното здравно осигуряване (Комисия за финансов надзор, 2011). За повече подробности относно пазара на доброволното здравно осигуряване виж 3.5 Доброволно здравно осигуряване.

Неправителствени организации (НПО)

Повече от 100 неправителствени организации осъществяват дейност в българската здравна система. Техните интереси са насочени към лечението и превенцията, факторите на околната среда, правата на пациентите и развитието и прилагането на националната здравна политика. Съществува тенденция на включване на представители на НПО, заедно с национални експерти в дискусиите, свързани с промени в действащото законодателство – например осем НПО участват в Националния координационен комитет към програмата за превенция и контрол на ХИВ/СПИН. Също така, НПО участват в Националния координационен съвет по Националния план за действие „Храни и хранене“, междуведомствената комисия за координация и взаимодействие при природни бедствия, аварии и катастрофи. И на последно място НПО осигуряват финансова помощ на нуждаещи се граждани, главно чрез набиране на средства в благотворителни кампании.

Медицински университети

Основаването на Медицинския факултет в София през 1917 г. бележи началото на медицинското образование в България. Медицинската академия и Институтът за развитие и специализация на лекарите са основани през 1950 г. През 1972 г. процесът на централизация на обучението довежда до възстановяване на Медицинската академия, след нейното

закриване през 1954 г.⁴ Тя включва всички медицински факултети и медицинските колежи в страната. По това време Медицинската академия обединява голям академичен потенциал: повече от 4 100 преподаватели и около 10 000 студента. През 1990 г., медицинските университети получават по-голяма автономия и към 2011 г. в България има четири медицински университета: в София, Пловдив, Варна и Плевен. Освен тях, в страната има и два медицински факултета към Софийския университет и към Тракийския университет в Стара Загора. Тези университети обучават магистри по медицина, дентална медицина, фармация, обществено здравеопазване, здравен мениджмънт, управление на здравните грижи и бакалаври по специалностите медицинска сестра, акушерка и здравен мениджмънт (вж. 4.2.3 Обучение на медицинския персонал).

2.4 Децентрализация и централизация

Централизацията в българската здравна система започва със създаването на Министерство на народното здраве и социалните грижи през 1944 г. и централизирането на финансирането. В периода на преход съществуват едновременно и публични, и частни здравни организации, както и фондове за социално осигуряване. По-късно осигуряването е забранено и независимо от социо-икономическите, историческите и националните традиции Законът за народното здраве е отменен и се въвежда съветският тип здравна система. Всички здравни организации се национализират. Изграждането на държавна фармацевтична дистрибуционна мрежа започва през 1955 г. През 1951 г. Народното събрание въвежда повсеместна безплатна медицинска помощ, основана на териториален принцип. Поликлиниките се присъединяват към болниците. През 1972 г. частната медицинска практика е напълно забранена. Медицинското образование и наука също преминават през процес на централизация чрез концентриране на целия академичен потенциал в Медицинската академия през периода 1972–1990 г. До 1990 г. здравната система е изключителна държавна собственост, основана на принципите на универсиализма и повсеместния достъп (Апостолов, Иванова, 1998).

Процесът на децентрализация в здравеопазването следва тенденциите в общия социо-политически живот след промените през 1989 г. Министерството на здравеопазването провежда политиката си чрез предишните Регионални здравни центрове, на които са разпоредени съответни правомощия. Регионалните здравни центрове са изградени и функционират във всяка от 28-те области. Понастоящем те са част

4 Допълнение към оригинала на английски език

от Регионалните здравни инспекции (РЗИ) заедно с предишните РИО-КОЗ. Здравната система се децентрализира и с приемането през 1998 г. на Закона за лечебните заведения (вж. 6 Основни реформи в здравеопазването). С този закон голяма част от медицинските институции са трансформирани от публична държавна или общинска собственост в частна държавна или общинска собственост. Новосъздадените лечебни заведения, лечебните заведения за извънболнична помощ и част от болниците са регистрирани като търговски дружества. В някои случаи собствеността на капитала е присъдена на държавата и правата на собственост се упражняват от министъра на здравеопазването, докато в други случаи собствеността е на отделните общини, а правата на собственост се упражняват от съответните общински съвети. С изключение на спешната помощ, извънболничната и болничната помощ се осъществява от частни физически или юридически лица от 2000 г. Целта на тези мерки е повишаване на ефикасността в управлението на здравните ресурси чрез стимулиране на иновациите и конкуренцията в една децентрализирана среда (Daskalova et al., 2005).

2.5 Планиране

Приоритетите на здравната политика са дефинирани в Национална здравна стратегия. Настоящата стратегия е създадена от Министерството на здравеопазването и обхваща периода 2008–2013 г. Стратегията е насочена към здрава нация с достъпна и висококачествена медицинска помощ в една ефикасна и финансово стабилна здравна система. Поради това, за развитието на здравната система в България са дефинирани следните приоритети:

- въвеждане на подхода „Здраве във всички политики“;
- подобряване на здравето на населението чрез изпълнение на проактивни, ефективни и ефикасни програми за промоция, профилактика и рехабилитация с фокус върху социално значимите болести;
- обучение и развитие на човешките ресурси и повишаване на техния социален и икономически стандарт;
- постигане на финансова стабилност на здравната система;
- подобряване на достъпа, качеството и ефективността на спешната и извънболничната медицинска помощ;
- реструктуриране и оптимизиране на управлението на болничната помощ и
- развитие на интегрирана система за електронен обмен на данни в здравната система.

В края на 2009 г. работна група към Министерството на здравеопазването създава концепция за реструктуриране на публичните болници. Основната идея е да се гарантират болничните и извънболничните услуги при добро качество чрез интегриран подход, който съответства на потребностите на населението. Целта е да се осигури равенство в достъпа до всички видове помощ: спешна, неотложна, болнична. Концепцията за по-добро здравеопазване в България, приета от правителството през декември 2010 г., предвижда по-активна роля на държавата в планирането на ресурсите на здравната система. През февруари 2011 г. Министерският съвет приема нова Национална здравна карта (НЗК), която цели да адаптира здравната система към потребностите на населението.

2.6 Междусекторно сътрудничество

Междусекторното сътрудничество е от особена важност за ефективно изпълнение на програмите в областта на общественото здраве. Поради това Министерството на здравеопазването осъществява регулярни връзки с всички министерства, които имат оношение към общественото здраве. Това взаимодействие е установено на национално, областно и местно равнище, с регламентирани в редица закони и нормативни актове рамки и отговорности. Създадени са различни специални органи: национални съвети, постоянен междуправителствен съвет, консултативни съвети, постоянни експертни и работни групи. Разработени са междусекторни национални програми и конкретни планове за действие.

Всяко министерство има ясно дефинирани отговорности. Например Министерството на финансите контролира здравните разходи и участва в избора на приоритети на здравната политика; Министерството на образованието, младежта и науката е отговорно за въвеждането на обучителни програми по здравословен начин на живот и обучението на бъдещите здравни работници; Министерството на околната среда и водите, заедно с Министерство на здравеопазването, е отговорно за здравословната околна среда и защитата срещу химически, физически и биологични замърсявания; Министерството на земеделието осигурява безопасността на храните и е отговорно за предпазване от заболявания, предавани чрез домашните животни (например туберкулоза, бруцелоза, салмонелоза); Министерството на труда и социалната политика си партнира с Министерство на здравеопазването по отношение на политиката на безопасни и здравословни условия на труд и по въпро-

сите на социалното подпомагане и социалната защита; министерствата на транспорта и на здравеопазването си сътрудничат в превенцията на пътно-транспортните инциденти.

Пример за ефикасно междусекторно сътрудничество е Националният координационен комитет на програмата за превенция и контрол на ХИВ/СПИН. В него участват високопоставени представители на министерствата на здравеопазването, на труда и социалната политика, на образованието, младежта и науката, на отбраната, на вътрешните работи, на външните работи, на финансите, на транспорта, представители на Държавната агенция за младежта и спорта, академичните институции, осем НПО и три международни организации.

Междусекторното сътрудничество лежи също и в основата на политиката за осигуряване на безопасни и здравословни условия на труд. Тази политика се осъществява в рамките на взаимодействие на национално, браншово и местно равнище. Координатор е Министерството на труда и социалната политика. На Министерството на здравеопазването са възложени задачите по управление на дейностите за защита и подобряване на здравето на работниците, както и анализиране на работната среда и производствените процеси и тяхното влияние върху здравето. В допълнение, Министерството на здравеопазването е задължено да прилага мерки за намаляване на риска от професионални заболявания.

Министерството на здравеопазването участва и в общи работни групи с Министерството на образованието, младежта и науката във връзка с обучението на студенти и следдипломното обучение на медицинските специалисти и при дефинирането на приоритети за медицинската наука. То също така работи заедно с министерствата на отбраната и на вътрешните работи по въпроси, свързани със сигурността по време на национални кризи и извънредни ситуации. И на последно място, междусекторното сътрудничество е и необходимо условие за приложението на Системата за здравни сметки, която изисква участието на различни министерства.

2.7 Управление на здравната информация

2.7.1 Информационни системи

Както признава Министерство на здравеопазването в Националната здравна стратегия, качеството и надеждността на здравната информация се влошават след 1989 г. и особено след въвеждане на здравнооси-

гурителната система. Данните за заболяемостта, посещенията при специалист и другите данни относно извънболничаната помощ са непълни. Използването на клиничните пътеки като инструмент за финансиране на болниците деформира данните за честотата и структурата на хоспитализациите (вж. 3.7.1 Заплащане за здравни услуги).

Лечебните заведения, Министерството на здравеопазването и НЗОК са възпрепятствани от частично изградената информационна система. През 2006 г. е разработена Национална стратегия за въвеждане на електронно здравеопазване, но без видими резултати и към настоящия момент не съществува интегрирана информационна система на национално равнище. През 2010 г. е иницииран обществен дебат за развитието на електронното здравеопазване, което е един от приоритетите на Министерството на здравеопазването. Целта е да се създаде интегрирана информационна система, която да свързва всички участници и да позволява обмяната на данни между тях. Това също ще подпомогне въвеждането на електронното досие на пациента, електронните регистри и телемедицината.

Концепцията за по-добро здравеопазване в България (приета през декември 2010 г.) предвижда въвеждането на интегрирана информационна система, предназначена за осигуряване в реално време на връзка между информационните системи на здравните институции и лечебните заведения. Информационните технологии, използвани в България, са обсъдени в 4.1.4 Информационни технологии.

За осигуряване на ефикасно и безопасно лечение, според най-високите стандарти, е изградена и функционира информационна система за разпространение на резултати от клинични изпитвания на лекарства. Системата се ръководи от Централната комисия по етика към Министерския съвет. Поделения на тази система са създадени в болниците.

Контролът и оценката на изпълнението на целите на Националната здравна стратегия могат да бъдат възприети като първа крачка в посока на управлението на системата и отчетността. Координацията на дейностите по анализа, контрола и оценката са възложени на МЗ. За тази цел министърът на здравеопазването създава национални отдели и структури, както и групи от експерти. Очакванията са, че тази програма ще осигури възможност за оценка на ефикасността на здравните услуги, ще разкрие потенциални трудности, ще осигури оценка на политиките и дейностите във връзка с тяхното бъдещо развитие, както и по-добро представяне на постиженията пред професионалистите и пациентите и ще подобри общественото разбиране и информираност.

2.7.2 Оценка на здравните технологии

В България не съществува агенция, която да провежда систематични анализи на ефикасността и разходната ефективност от новите технологии. Обаче Националният център по обществено здраве и анализи участва в Европейската мрежа за оценка на здравните технологии (EUnetHTA). Въпреки че идеята за създаване на национална агенция за оценка на здравните технологии е обсъждана, все още няма конкретни резултати в това отношение.

2.8 Регулация на здравната система

Българската здравна система е регулирана чрез законодателни, административни и пазарни механизми. Висшият законодателен орган е Народното събрание. Държавните регулаторни функции в здравеопазването са застъпени в Конституцията и редица закони, свързани със здравеопазването и местната администрация. Позовавайки се на тези закони, приети от Народното събрание, Министерски съвет приема вторични нормативни документи (постановления и наредби), регулиращи различни аспекти от здравеопазването (например постановлението за структурни промени в здравната система). Министърът на здравеопазването има правото да издава наредби, инструкции и заповеди, с което регулира определени функции на националната здравна система (например наредбите за приемане на медицинските стандарти). В допълнение, общинските съвети вземат решения, на базата на които кметът издава заповеди относно дейността на здравната система на общинско равнище.

Административното регулиране се осъществява чрез различни разрешения и лицензи, издавани от Министерството на здравеопазването, Комисията за финансов надзор и други държавни органи и агенции.

С въвеждането на договорните отношения между финансиращите организации и лечебните заведения се поставят основите на пазарните регулаторни механизми. НЗОК изпълнява НРД, който регулира дейностите и дефинира критериите за тяхното осъществяване, като клинични пътеки, начини за изписване на лекарства и развитието на регулаторните стандарти за обхвата на предоставяните услуги в извънболничната и болничната помощ. Професионалните организации на лекарите и зъболекарите имат влияние поради тяхното участие в изготвянето на НРД, който те подписват заедно с НЗОК. Позовавайки се на договорите между финансиращите организации (НЗОК и ДДЗО) и лечебните заведения, платците регулират вида, обхвата и качеството на извършваните медицински услуги.

2.8.1 Регулация и управление на финансиращите организации

Законът за здравното осигуряване от 1998 г. и последващите изменения регулират управлението на финансиращите организации в България – НЗОК и ДДЗО. В публичния сектор НЗОК е отговорна за гарантирането на достъп на осигурените лица до здравните услуги, съгласно задълженията ѝ по НРД и чрез изпълнение на насоките и стратегията, определени от Министерството на здравеопазването.

НЗОК е публична, нестопанска организация, управлявана от Надзорен съвет и директор. Надзорният съвет се състои от девет члена, в това число един представител на организации за защита на правата на пациентите, двама представители на организации на работодателите и четирима представители на държавата. Народното събрание избира директора на НЗОК, одобрява и приема годишния бюджет на касата.

Доброволното здравно осигуряване се осъществява от ДДЗО, които са акционерни дружества, регистрирани по Търговския закон и лицензирани според изискванията на Закона за здравното осигуряване от 1998 г. Дружествата за доброволно здравно осигуряване са лицензирани и контролирани от КФН, която е държавна комисия към Народното събрание, контролираща също така и другите осигурителни и пенсионните компании. Комисията издава лицензи за всеки пакет от здравни услуги, следи месечните бизнес-индикатори на компаниите и лицензира здравноосигурителните премии и договори. Всяко изменение в лицензирания пакет от здравни услуги трябва да получи одобрение от КФН.

КФН регулира механизма за натрупване на резервния фонд на ДДЗО, сумата на гаранционния капитал и инвестиционните правила за наличните активи, на базата на подзаконови нормативни актове. Целта на контролната дейност на КФН е да гарантира финансовата обезпеченост на договорните отношения, които ДДЗО имат с осигурените лица. В допълнение на това, Министерството на здравеопазването регулира дейността на ДДЗО по отношение на качеството на предоставяните от тях услуги.

2.8.2 Регулация и управление на доставчиците на здравни услуги

Съгласно Закона за лечебните заведения от 1998 г. доставчиците на здравни услуги са автономни организации, регистрирани като търговски дружества или кооперации. Техните управленски органи са определени от Търговския закон или Закона за кооперациите в зависимост от правния им статут. Освен това Министерството на здравеопазването из-

дава разрешения или регистрира всички доставчици на здравни услуги чрез своите децентрализирани органи. През 2010 г. Министерството на здравеопазването пререгистрира всички болници, присъждайки им определени нива на компетентност. Нивото на компетентност се определя на базата на броя и професионалната квалификация на специалистите, наличното оборудване, които определят способността и капацитета на болниците да отговорят на определени клинични стандарти. Нивото на компетентност се използва за определяне на вида и обхвата на дейностите, които дадена болница може да извършва и цели гарантирането на определено ниво на качество на медицинските услуги. Болниците, които нямат потенциал да предоставят адекватни медицински услуги по вид и обхват на пациенти с определени заболявания, нямат право да ги извършват. Очаква се това да намали броя на трансферите на пациенти между болниците.

През 2011 г. Министерството на здравеопазването актуализира Националната здравна карта, за да реструктурира болниците и да регулира броя на здравните професионалисти и лечебните заведения, съгласно демографските показатели, здравния статус, пътната инфраструктура и комуникациите. Чрез агенциите си Министерството на здравеопазването регулира и контролира различни аспекти от дейността на лечебните заведения. Например Изпълнителната агенцията „Медицински одит“ (ИАМО) контролира лечебните заведения по отношение на качеството и безопасността на услугите.

В допълнение, НЗОК и нейните териториални поделения (РЗОК), както и ДДЗО регулират и контролират всички лечебни заведения, с които имат сключен договор. Професионалните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина разработват Правила за добра медицинска практика, регулирайки по този начин дейността на лечебните заведения. Съвместно с НЗОК те също така участват в подготовката и подписването на Националния рамков договор, който регулира отношенията в системата на задължителното здравно осигуряване.

2.8.3 Регистрация и планиране на човешките ресурси

Министерството на здравеопазването и професионалните организации са съвместно отговорни за регистрацията и планирането на здравните професионалисти. Висшият медицински съвет (ВМС) дефинира потребностите от медицински персонал по вид и брой и предлага годишния брой на студентите и специализантите, които да бъдат приети в медицинските училища. ВМС също така определя критериите, които

се използват при определяне на лечебните заведения като бази за практическо обучение на студенти и специализанти. Професионалните организации са отговорни за следдипломните специализации, както и за продължаващото обучение. Те организират обучителни курсове и присъждат кредитни точки на техните членове за участието им във всеки курс на обучение или научна проява. Тези кредити се използват при акредитационната оценка, както и оценка на нивото на компетентност на лечебните заведения. При завършването си медицинските професионалисти са задължени по закон да станат членове на техните професионални организации. Регионалните здравни инспекции на Министерството на здравеопазването извършват регистрацията на здравните професионалисти. Областните структури на професионалните организации също поддържат регистри на техните членове.

Като цяло, системата за управление и планиране на човешките ресурси не работи ефективно. За това свидетелстват непрекъснато нарастващият недостиг на здравни професионалисти от определени групи и специалности, географските различия в броя на медицинския персонал и нарастналата външна и вътрешна емиграция. Неефективното планиране на човешките ресурси води до недостиг на специалисти от дадени специалности, като анестезиология и интензивно лечение, неонатология, нефрология и инфекциозни болести. Някои от причините за това са недостигът на публични ресурси за следдипломната специализация на лекарите и засилените емиграционни процеси след присъединяването на България към ЕС. В допълнение към това, съществува още по-голям недостиг при сестринския персонал, който води до промяна в съотношението между лекарите и специалистите по здравни грижи. Недостигът на медицински персонал е основен аргумент за предложението на Министерството на здравеопазването, заложено в Концепцията за реструктуриране на болничната помощ (2009 г.) да закрие някои болници.

2.8.4 Регулация и управление на лекарствоснабдяването

Фармацевтичната политика е част от държавната здравна политика в България. Министърът на здравеопазването е отговорен за нейното развитие и изпълнение и координира националните въпроси, свързани с лекарствата, участва в международни организации и институции, които осъществяват дейности, свързани с медицинските продукти, издава и отнема разрешителни за търговия на дребно с лекарствени продукти в аптеките и осъществява всички останали дейности, изисквани по закон.

Важен консултативен орган на Министерството на здравеопазването е Висшият съвет по фармация (ВСФ), който включва пет представители, определени от министъра на здравеопазването, пет представители на Българския фармацевтичен съюз, двама представители на НЗОК и по един представител на фармацевтичните факултети на медицинските университети в България. Съветът се председателства от министъра на здравеопазването. ВСФ обсъжда и дава консултации по приоритетите в областта на фармацията, етични въпроси, законодателство, научни приоритети, кампании за повишаване на информираността на обществото относно лекарствената употреба. Като допълнение, ВСФ съветва министъра на здравеопазването по отношение на приложението и разрешителния режим на лекарствата.

Също така към Министерството на здравеопазването са формирани няколко специализирани комисии. Комисията по етика на клиничните изпитвания се произнася по деонтологични и етични въпроси в областта на клиничните изпитвания на лекарствени средства. През 2011 г. двете комисии, отговарящи за цените на лекарствените продукти и позитивния лекарствен списък (ПЛС), се сливат и се създава комисия по цените и реимбурсиране на лекарствените продукти, която определя пределната цена на дребно за лекарствата на свободна продажба и взема решения за включване, промени или изключване на лекарства от ПЛС (вж. 5.6 Лекарствоснабдяване). Решенията на комисията могат да бъдат обжалвани в Комисията по прозрачност. Министерство на здравеопазването е създадо и Фармакопееен комитет, като консултативен орган по настоящата фармакопея. Неговите дейности са финансирани от бюджета на МЗ.

Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ) е национално компетентният орган за лекарствата и оценката на качеството, безопасността и ефикасността на лекарствата на българския пазар. Дейността на агенцията се финансира от бюджета на Министерството на здравеопазването и чрез собствени приходи (например административни такси, събирани от фармацевтичните компании). ИАЛ издава разрешителни и контролира лекарствените средства във връзка с производството, употребата, авторизацията, продажбите на едро и дребно, вноса, безопасността, клиничните изпитвания и рекламата. ИАЛ също одобрява инвестиционните проекти за създаване или реорганизиране на съществуващото производство, съгласно правилата за добра производствена практика. Агенцията си партнира с Европейската агенция по лекарствата, Европейския директорат по качество на лекарствата и здравеопазване и други международни организации.

На регионално равнище изпълнението на националната фармацевтична политика и контрола по спазването на нормативните актове се осъществява от РЗИ.

2.8.5 Регулация на медицинските изделия и помощните средства

Медицинските изделия и помощните средства са регулирани със Закона за интеграция на хората с увреждания и Наредбата за изискванията за осъществяване на дейностите по предоставяне на помощни средства, приспособления и съоръжения за хората с увреждания и медицински изделия от 2007 г. и промяната ѝ от 2010 г. Изменението засилва контрола върху медицинските изделия и помощните средства от страна на Агенцията за хората с увреждания и Агенцията за социално подпомагане с помощта на РЗИ. В допълнение са уточнени изискванията за оборудването и дейността на центровете за слухопротезиране. Трябва да се поддържа регистър на предоставените медицински изделия и помощните средства до три години след изтичането на срока им за употреба.

Условията и редът за обезщетения за покупка и ремонт на медицински помощни средства, изделия, оборудване и медицински продукти са регулирани от Правилата за интеграция на хората с увреждания и правилата за тяхното прилагане. Допустимостта на кандидатите за предоставяне на медицински изделия се оценява от Лекарски консултативни комисии (ЛКК), Териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК). Настоящият основен пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, не включва медицинските изделия и помощните средства по време на престоя на пациентите в болница (Национален рамков договор, 2011).

2.8.6 Регулация на капиталовите инвестиции

Като разпоредител на бюджета, министърът на здравеопазването е отговорен за разпределението на капиталовите инвестиции между държавните лечебни заведения и в здравната система като цяло (например за електронното здравеопазване). Общините, както и частните собственици, са свободни да инвестират в собствените си лечебни заведения. Държавата и общините могат да финансират лечебните заведения чрез субсидии, одобрени със Закона за държавния бюджет и извън общинските бюджети. Субсидиите се предоставят за закупуване на дългосрочни материални активи, обновявания във връзка с реструктурирането на лечебните заведения и информационните технологии и системи. Пред-

вижда се Националната здравна карта да играе ролята на регулаторен инструмент за капиталовите инвестиции в публичния и частния сектор.

Според националната статистика капиталовите разходи са под 1% от здравния бюджет през 2011 г. Инвестициите от страна на общините са символични (вж. 4.1.1 Капитал и инвестиции). Министерството на здравеопазването и медицинските институции се опитват да компенсират недостатъчните суми, предвидени за капиталови инвестиции, чрез разработване на инвестиционни проекти, основно по линия на фондовете на ЕС. Делът на чуждестранните преки инвестиции в здравната система е само 0.04% от общите чуждестранни инвестиции, но по данни на Националния статистически институт през 2009 и 2010 г. такива инвестиции в здравната система не са правени.

Към края на 2010 г. Министерството на здравеопазването получава одобрение от Оперативна програма „Регионално развитие“ да инвестира 74 млн. евро в нови технологии за диагностика и лечение на ракови заболявания, както и за капиталови инвестиции. От 2012 г. фондовете ще бъдат използвани за развитие и подобряване на достъпа до онкологична помощ и за реструктуриране на социалните институции за деца под тригодишна възраст.

2.9 Условия за гражданско участие

2.9.1 Информираност на пациентите

Министерство на здравеопазването (чрез своите РЗИ), общинските здравни комисии, лечебните заведения и пациентските организации са съвместно отговорни за предоставянето на информация за здравето и болестите. Цел на Министерството на здравеопазването е да развие база данни с информация за здравето и да промотира здравословния начин на живот с фокус върху ограничаването на поведенческите рискови фактори (тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска двигателна активност, злоупотреба с алкохол и наркотици); биологичните фактори (високо кръвно налягане, повишен холестерол, наднормено тегло); стреса и социално значимите заболявания.⁵ Информацията за акредитационните оценки на лечебните заведения е достъпна на интернет страницата на Министерството на здравеопазването.

НЗОК е задължена по закон и във връзка с НРД да предоставя информация на здравноосигурените лица за лечебните заведения и апте-

5 Терминът е използван тук във връзка с онези състояния, които играят най-важна роля за повлияването на заболяемостта и смъртността на населението (вж. 1.4 Здравен статус).

ките, с които има сключен договор, правата на пациентите, основния пакет с услуги, гарантиран от бюджета на НЗОК, и за цялостната организация на предоставянето на здравните услуги. Цялата информация е достъпна на интернет страницата на НЗОК. Гражданите могат да получат актуална информация и да подадат оплаквания в РЗОК и общинските ù поделения.

Въпреки това, гражданите са недостатъчно запознати с техните права и задължения (вж. 7.6 Прозрачност и отговорност). В Националната здравна стратегия Министерството на здравеопазването декларира, че една от слабостите на здравната система в България е недостатъчната информираност на населението по отношение на правата и задълженията на всички участници в здравноосигурителната система – пациенти, лечебни заведения и финансиращи институции. Информационната политика на Министерството на здравеопазването и НЗОК е оценена като недостатъчна. Населението е недобре информирано за здравната система и целите и задачите на реформата, въвела здравното осигуряване. Например недостатъчната информация за обхвата и качеството на здравните услуги, предлагани от системата, както и за правата на пациентите, водят до неудовлетвореност от здравната система сред гражданите.

2.9.2 Избор на пациента

Изборът на лечебно заведение е регламентиран със Закона за здравното осигуряване и Закона за здравето. Българските граждани свободно избират ОПЛ, специалист, диагностична лаборатория и болница без териториални ограничения. Съществуват някои административни ограничения. Например, за да получат специализирана извънболнична помощ или болнично лечение, заплатени от НЗОК, пациентите се нуждаят от направление от личния си лекар или от специалист, който има сключен договор с НЗОК. Независимо от това, пациентът все пак има правото да избере конкретното лечебно заведение. Всеки пациент има правото да посети лекар, лаборатория или болница без направление, но трябва сам да заплати услугите със собствени средства или чрез ДЗО. Има едно изключение от това правило: майките имат право да изберат педиатър за децата си и гинеколог за себе си без направление от ОПЛ. Веднъж хоспитализирани, пациентите имат право да изберат лекар или екип срещу допълнително заплащане от своя страна или от страна на ДДЗО.

Пациентите могат също така да откажат лечение или да напуснат болницата предварително, но само след като са подписали съответните документи, с които декларират, че са информирани за рисковете, които поемат. В случай, обаче, че напуснат болницата предварително, паци-

ентите са задължени да заплатят за дните, в които са били хоспитализирани, тъй като НЗОК не заплаща за „незавършени“ клинични пътеки. Въпреки че пациентите имат правото да изберат лечебно заведение на цялата територия на страната, те са ограничени от финансовите ресурси, с които разполагат, лошата пътна инфраструктура, липсата на възможности за транспортиране на болните хора и техните близки и големите различия в разпределението на лечебните заведения в гъсто и рядко населените места. Така, на практика, правото на свободен избор на лечебно заведение е накърнено, което води до големи неравенства в достъпа.

2.9.3 Права на пациентите

Важен крайъгълен камък в изграждането на здравноосигурителната система е регламентирането на правата на пациентите. Българското законодателство гарантира права на пациентите, подобни на приетите в другите страни-членки на ЕС. Правата на пациентите в България са застъпени в Конституцията, Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване, както и редица други закони и нормативни актове. В сила са и световни и регионални регламенти в областта на човешките и пациентските права, ратифицирани от България, като Всеобщата декларация за правата на човека на Обединените нации, Международния пакт за икономически, социални и културни права и Европейската социална харта.

Правата на пациентите могат да бъдат категоризирани в две големи групи. Първата обхваща правата, които всеки човек притежава като човешко същество, а втората включва правата на хората в качеството им на здравноосигурени лица. Последните са регламентирани в Закона за здравното осигуряване.

Съгласно Конституцията всеки гражданин има право на здравно осигуряване, което да му гарантира достъпна медицинска помощ и право да получава безплатна медицинска помощ в случаи, предвидени от закона. Никой не може да бъде обект на принудително лечение или хигиенни мерки, освен в случаи, предвидени по закон.

Според Закона за здравето всеки човек има право на (1) здравна помощ, независимо от неговата раса, пол, възраст, религия, образование, културни вярвания, политическа принадлежност, сексуална ориентация или социален статус; (2) достъп до висококачествени медицински услуги; (3) второ лекарско мнение относно диагнозата и лечението му; (4) конфиденциалност по отношение на здравния му статус и (5) разясня-

ване от страна на медицинските професионалисти на правата и отговорностите му като пациент, здравния му статус и различните възможности за лечение. Законът също така дефинира правата на пациентите, приети в болница, включващи (1) информирано съгласие, (2) прекъсване на лечението и (3) подаване на оплаквания при нарушаване на правата им. Правата на хората с психични заболявания са обект на специално внимание. Законът за здравето регламентира законодателните процедури за задължителна хоспитализация и лечение на тези пациенти, заедно с процедурите за обжалване на съдебни разпореджания. Законът също определя правата и защитата на пациенти, участващи в клинични изпитвания, които са регламентирани и чрез Закона за лекарствата в хуманната медицина. Централната етична комисия към Министерския съвет е другият орган, отговорен за безопасността за пациентите и правата им по време на клинични изпитвания.

Съласно Закона за здравното осигуряване всеки задължително здравноосигурен има право (1) да получава здравни услуги, включени в основния пакет на НЗОК; (2) да избира лечебно заведение; (3) да му бъде оказвана спешна медицинска помощ; (4) да получава информация от РЗОК за лечебните заведения, които имат сключен договор с касата; (5) да участва в управлението на НЗОК; (6) да подава оплаквания до директора на РЗОК за нарушаване на закона или договорните отношения и (7) да получава пълно или частично възстановяване на разходите, направени за медицинска помощ в чужбина. Срещу тези права, всеки здравноосигурен има определени задължения: да заплаща здравноосигурителните си вноски, да изпълнява назначенията на лекаря и да заплаща необходимата потребителска такса.

2.9.4 Процедури за подаване на жалби (посредничество, искове)

Както бе посочено по-горе, всички пациенти имат право да подават жалби относно качеството и организацията на медицинската помощ, както и в случаи на корупция. Пациентите могат да депозират жалби в различни институции и организации на национално, областно и локално равнище, като Изпълнителната агенция „Медицински одит“ към Министерство на здравеопазването, РЗИ, НЗОК и РЗОК и местните структури на професионалните организации. Наредбата за акредитация изисква лечебните заведения да създадат процедури за събиране и отговор на жалби от страна на пациентите. В допълнение, пациентите често използват пациентските организации и медиите като посредници в случаите на нарушаване на правата им.

Сигнали за корупция могат да бъдат подавани на интернет страниците на всяка официална институция. През 2006 г. към Министерския съвет е създадена специална комисия за превенция и противодействие на корупцията. На интернет страницата на комисията гражданите могат да подават сигнали за корупция и да намерят информация за резултатите от извършените проверки. В допълнение към това, през 2009 г. Министерството на здравеопазването създава достъпен на интернет страницата си електронен регистър на получените сигнали за корупция в организациите и институциите към министерството – РЗИ и лечебните заведения.

2.9.5 Участие на обществото

Публичното участие в управлението на здравната система е регламентирано в Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване. Въпреки това, на практика възможностите на обществото да оказва влияние върху здравната политика са все още силно ограничени. С изменение на Закона за здравето от 2009 г. към Министерство на здравеопазването е създаден обществен съвет по правата на пациентите, натоварен единствено с консултативни функции. Общественият съвет към Фонда за лечение на деца, създаден към Министерски съвет, за да оказва финансова подкрепа на деца с редки заболявания или при нужда от лечение в чужбина, играе активна роля в дейността на фонда.

Здравноосигурените лица участват в управлението на НЗОК, но броят на техните представители в управленския орган на касата е намален през 2002 и 2009 г. и понастоящем те са представени само с един участник. На местно равнище обществото е представено в общинския съвет и комисията по здравеопазване.

Въпреки че пациентските организации са създадени в годините на здравна реформа, диалогът между тях и Министерството на здравеопазването започва едва през последните години. Медиите играят особено активна и стимулираща роля в този процес. На практика, обаче, този диалог често се свежда до дискусии по конкретни законодателни или организационни промени *post factum*, а не до реално участие в развитието на здравната политика.

Редица НПО, институции и асоциации, като Институт „Отворено общество“ – София, Българската индустриална камара, медицинските университети и някои други провеждат изследвания относно удовлетвореността на пациентите, информираността на обществото и други въпроси, свързани със здравето, осигурявайки силни доказателства в

подкрепа на развитието на здравната политика. В същото време, обаче, няма ясни признаци, че отговорните за политиката лица използват тези резултати при определянето на здравните приоритети. Нещо повече, доклад за здравната политика в България, публикуван от Институт „Отворено общество“ – София, обръща внимание на специфични управленски решения, взети в противоречие със съществуващите доказателства в областта на болничното финансиране, Националната здравна карта, следдипломното обучение, спешната помощ, психичното здраве и здравната статистика (Хинков и др., 2011).

2.9.6 Пациентите и трансграничната здравна помощ

Тъй като България е страна-членка на ЕС, задължително здравноосигурените лица имат право да получават медицински услуги, покрити от социалното здравно осигуряване в другите страни-членки на ЕС, както и в Исландия, Лихтенщайн, Норвегия и Швейцария. На основание на Регламент 883/2004 на Европейската комисия осигурените български граждани могат да използват Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК), за да получават услуги в чужбина, покрити от българската здравноосигурителна система, по време на краткосрочно пребиваване (например като туристи). В допълнение на това, задължително здравноосигурените български граждани могат да изискват от НЗОК разрешение при планирано лечение в чужбина. Разрешение за лечение в чужбина не може да бъде отказвано, когато то е предвидено в основния пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, но не може да бъде проведено в България.

С издаването на ЕЗОК при нужда от медицинска помощ осигурените български граждани, временно пребиваващи в чужбина, могат да получат заплащане за оказаните им услуги при същите условия и цени като тези в страната, в която пребивават, и съгласно местното законодателство, включително финансово участие (споделяне на разходите). Медицинската помощ се оказва според потребностите, така че на осигуреното лице да не му се налага да се върне в страната си по-рано от предвиденото. Възстановяването на разходите не покрива пътните разходи. НЗОК може да отпусне и допълнително финансиране при необходимост.

Към Министерството на здравеопазването е създадена Комисия за лечение в чужбина. Нейното предназначение е да разреши заплащане за услуги, които не са включени в основния пакет на НЗОК и когато тези услуги не могат да бъдат предоставени в България и изискват лечение

в чужбина. Министерството на здравеопазването заплаща за лечение в чужбина, одобрено от Комисията. Комисията преглежда и взема решение за всеки индивидуален случай поотделно и дава съвети на пациентите, които сами заплащат за лечението си или използват средства от благотворителност.

През 2004 г. Министерският съвет създава „Фонд за лечение на деца“, подчинен на Министерството на здравеопазването. Част от отговорностите на фонда са да предоставя финансова помощ на деца под 18-годишна възраст, които се нуждаят от лечение в чужбина. Електронен регистър на децата, които кандидатстват за финансова помощ с детайлна, но анонимна информация за курса на лечението и отпуснатите средства, е достъпен на интернет страницата на фонда (<http://www.cfld-bg.com/>).

Медицинските прегледи, диагностичните изследвания и лечението на чужди граждани в България са регламентирани в Наредбата за лечение на чужденци в България от 2001 г. Според тази наредба чуждите граждани могат да получават медицинската помощ, от която се нуждаят, от всички лечебни заведения в страната.

3. Финансиране

България има смесена публично-частна система на финансиране на здравеопазването. Здравните услуги се финансират от задължителни здравноосигурителни вноски, данъци, директни плащания от пациентите, доброволни здравноосигурителни премии, корпоративни плащания, дарения и външни финансираня. Общите разходи за здравеопазване като дял от БВП нарастват от 5.3% през 1995 г. до 7.3% през 2008 г. Структурата на общите разходи се променя през годините, особено след въвеждането на здравноосигурителната система. Частните разходи за здравеопазване като процент от общите здравни разходи нарастват за сметка на публичното финансиране. През 2008 г. структурата на общите здравни разходи включва 36.5% директни плащания от пациентите, 34.8% от задължителното здравно осигуряване, 13.6% разходи на Министерството на здравеопазването, 9.4% разходи на общините и 0.3% доброволно здравно осигуряване. Въпреки че директните плащания са най-големият източник на приходи, публичните разходи преобладават над частните. През 2008 г. публичните разходи за здравеопазване като дял от общите здравни разходи са 57.8%, докато частните разходи са в размер на 42.2%.

Основната финансираща здравните услуги институция е Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), основана през 1998 г. Тя е единствената институция, извършваща задължителното здравно осигуряване в България. Задължителните здравноосигурителни вноски са в размер на 8% от месечния доход, заплащани от осигурените лица, техните работодатели или държавата. Отношенията между НЗОК и лечебните заведения са основани на договорния модел. НЗОК и професионалните организации в здравеопазването подписват Национален рамков договор, който регулира процесите в системата на задължителното здравно осигуряване. На базата на НРД лечебните заведения сключват индивидуални договори с регионалните поделения на НЗОК (Районните здравноосигурителни каси). Лечебните заведения са финансирани основно проспективно за услугите, които предоставят на населението

на база такса за услуга и на осигурено лице (капитация). Дейностите по общественото здравеопазване и тези, извършвани от центровете за спешна медицинска помощ, държавните психиатрични болници и домовете за медико-социални грижи за деца, се финансират от Министерството на здравеопазването.

Частните разходи за здравеопазване в България включват директни плащания от пациентите, доброволни здравноосигурителни плащания, както и плащания от нестопански организации и търговски компании. Делът на формалните директни плащания (потребителски такси и за закупуване на услуги) е повече от 86% от всички частни разходи през 2008 г. Потребителски такси се плащат за посещение при лекар, дентален лекар, лаборатория и болница и се дължат от всички пациенти с няколко изключения (например деца, бременни жени, пациенти с хронични заболявания, безработни и такива с ниски доходи). Според последно изследване относно неформалните плащания в здравния сектор в България те представляват съществена част от общите директни плащания (47.1% през 2006 г.) (Институт „Отворено общество“ – София, 2008).

Доброволното здравно осигуряване се осъществява от акционерни дружества, работещи с цел печалба, с единствен предмет на дейност – извършване на доброволно здравно осигуряване. Извън пакета от услуги, осигуряван от НЗОК, всички граждани са свободни да закупят различни осигурителни пакети. Дружествата за доброволно здравно осигуряване могат също и да покриват разходи за услуги, които са включени в основния пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК. Организационните отношения между финансиращите организации и лечебните заведения в областта на доброволното здравно осигуряване са основани на интегрирания или реимбурсния модел. По-малко от 3% от населението има някакъв вид доброволно здравно осигуряване през 2010 г.

3.1 Здравни разходи

България има смесена публично-частна система на финансиране на здравеопазването. Здравеопазването се финансира от задължителни здравноосигурителни вноски, данъци, директни плащания от пациентите, доброволни здравноосигурителни премии, корпоративни плащания, дарения и външни финансираня. Общите разходи за здравеопазване в България като процент от БВП са сравними със средните за европейския регион, но все още под средните за ЕС27 (Фиг. 3.1). Този показател бележи нарастване, особено през периода 1996–2003 г., когато надминава средния за ЕС12, след което леко намалява и остава относително

стабилен в годините след 2006 г. (Фиг. 3.2). Както се вижда от Таблица 3.1, средногодишният темп на нарастване на общите разходи до голяма степен следва средногодишния темп на растеж на БВП.

Нарастването на здравните разходи в абсолютни стойности би могло да бъде свързано с легализирането на частната практика през 1990 г. и въвеждането на здравноосигурителната система през 1998 г. Докато държавните разходи за здравеопазване като дял от БВП остават относително постоянни през периода 1995–2008 г., а като процент от общите, държавни разходи намаляват в бюджета на страната, частните разходи нарастват (Таблица 3.1).

Таблица 3.1

Тенденции в здравните разходи в България, избрани години

Разходи	1995	2000	2005	2008
Общи разходи за здравеопазване на глава от населението в \$ ППС	285	372	713	910
Общи здравни разходи като % от БВП	5.3	6.1	7.7	7.3
Средногодишен темп на нарастване на общите здравни разходи*	1.0	2.1	1.5	1.4
Средногодишен темп на нарастване на БВП*	1.0	2.0	1.5	1.4
Публични разходи за здравеопазване като % от общите здравни разходи	73.3	59.6	60.7	57.8
Частни разходи за здравеопазване като % от общите здравни разходи	26.7	40.4	39.3	42.2
Държавни здравни разходи като % от общите държавни разходи	19.8	8.5	12.0	11.2
Държавни здравни разходи като % от БВП	3.9	3.7	4.7	4.2
Директни плащания от пациентите като % от общите разходи за здравеопазване	26.7	40.4	38.1	36.5
Директни плащания от пациентите като % от частните здравни разходи	100	100	96.9	86.4
Доброволно здравно осигуряване като % от общите разходи за здравеопазване	0	0	0.3	0.3
Доброволно здравно осигуряване като % от частните здравни разходи	0	0	0.7	0.8

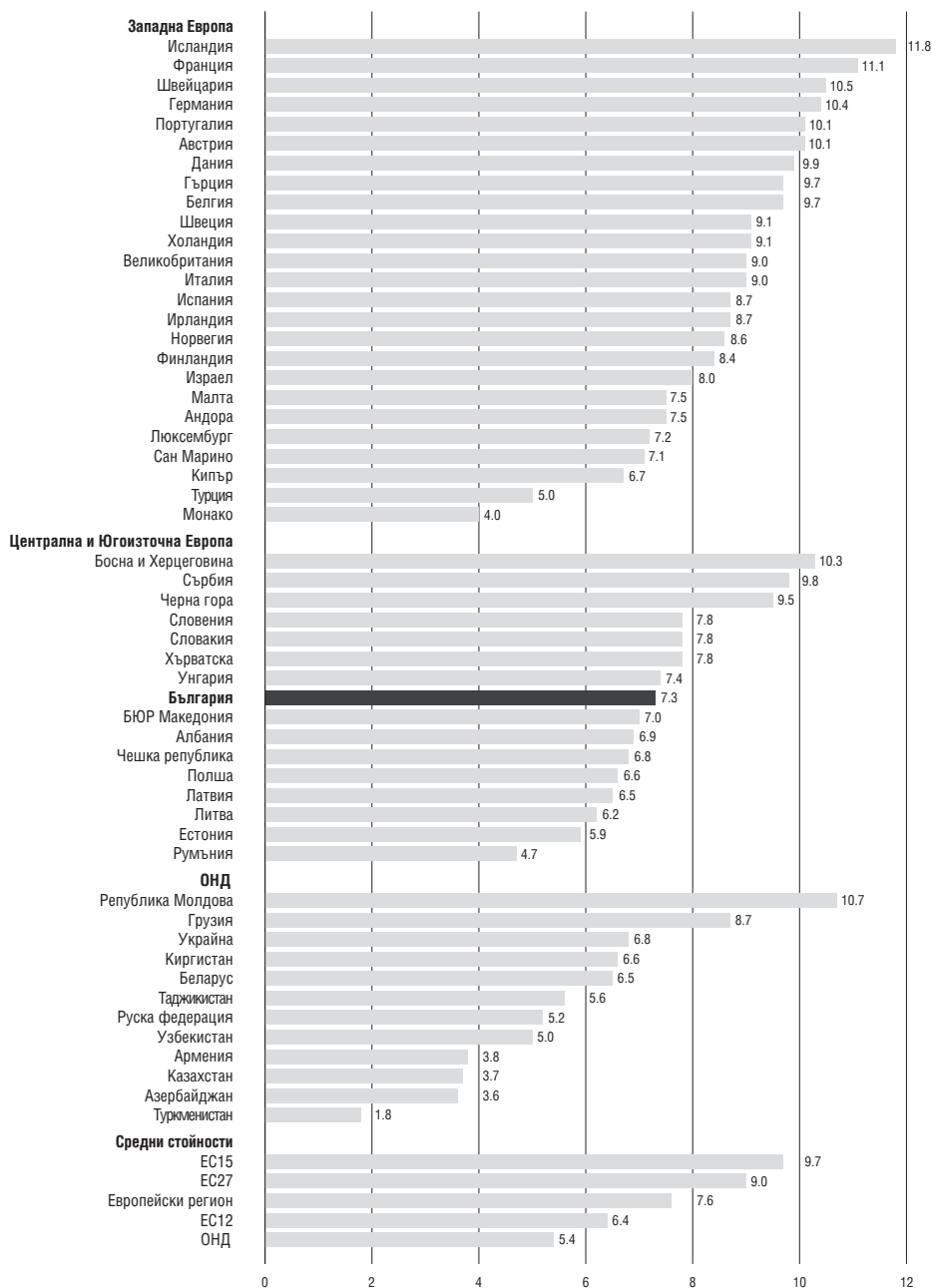
Източник: WHO National Health Accounts, 2011.

Бележка: *Изчислен като средна стойност на годишните проценти на растеж в национални валутни единици на база 1995 г.

Здравните разходи на глава от населението (в US\$ ППС) нарастват много по-бързо, от 285 щатски долара през 1995 до 910 щатски долара през 2008 г., което се дължи главно на значителния ръст на БВП (Таблицы 1.2 и 3.1), бележейки среден годишен темп на нарастване от 1.1. Въпреки това, здравните разходи на глава от населението остават далеч под средните за ЕС. Средните европейски разходи на глава от население са повече от три пъти по-високи през 2000 г. (1220 US\$ ППС) и повече от два пъти по-високи през 2008 г. (1 968 US\$ ППС), в сравнение с тези в България през съответните години (WHO Global Health Observatory, 2011). От всички страни-членки на ЕС, единствено Румъния, другата страна, която се присъединява към ЕС през 2007 г., има по-ниски здравни разходи на глава от населението от България (Фиг. 3.3).

Фиг. 3.1

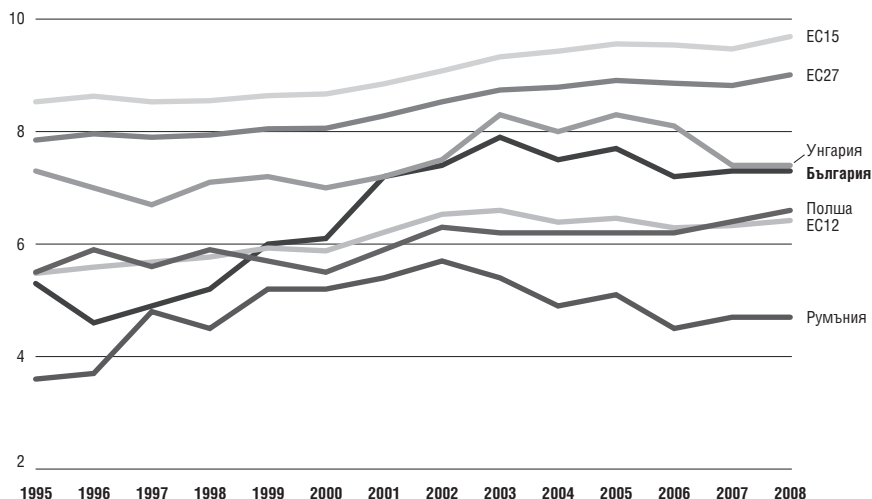
Общи разходи за здравеопазване като дял от БВП в Европейския регион на СЗО по изчисления на СЗО, 2008



Източник: WHO Regional Office for Europe, 2011.

Фиг. 3.2

Тенденции в здравните разходи като дял от БВП в България, избрани страни и средно за ЕС по изчисления на СЗО, 1995–2008 г.



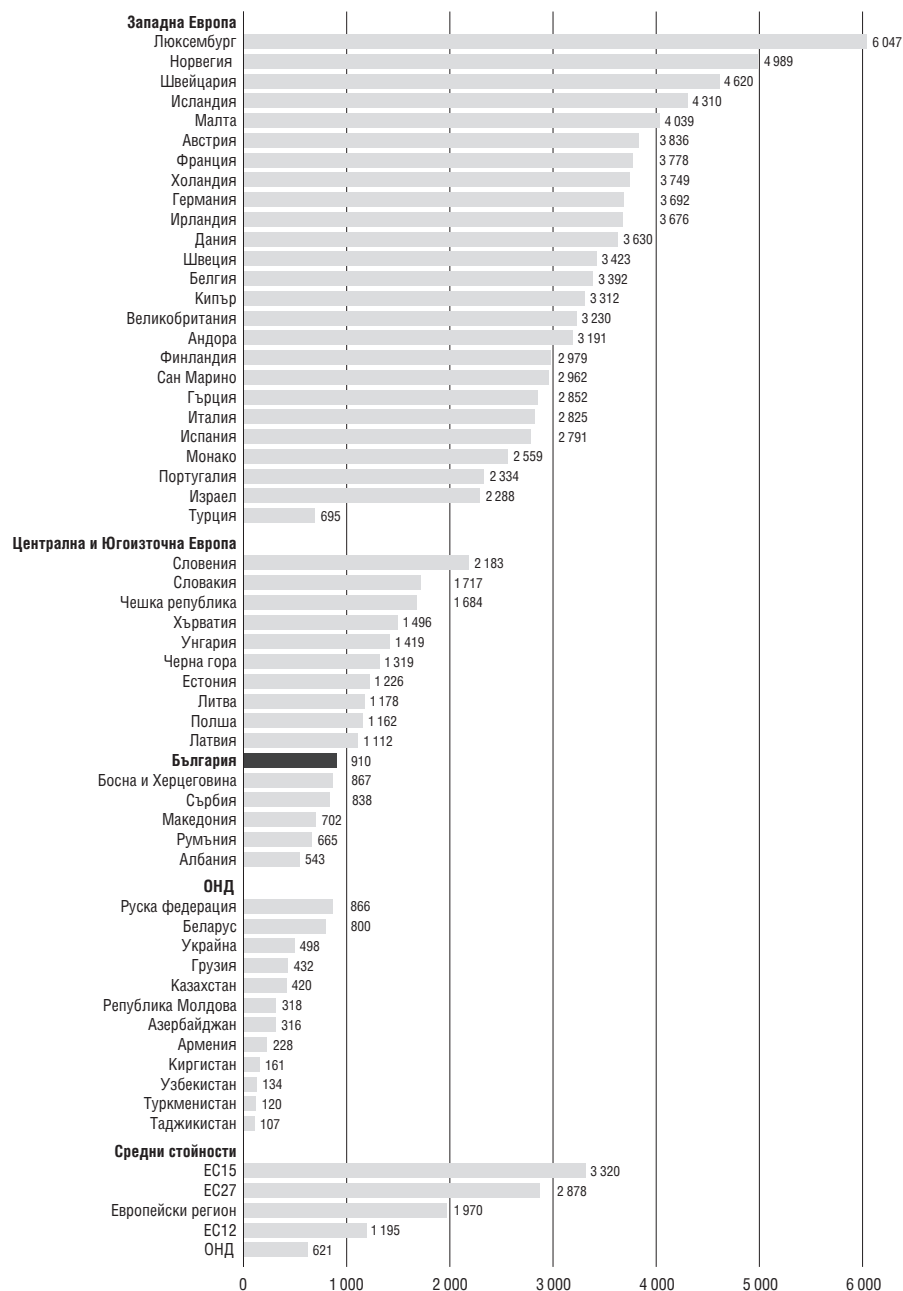
Източник: WHO Regional Office for Europe, 2011.

Публичните разходи за здравеопазване като дял от общите здравни разходи намаляват постепенно през целия преходен период от 100% през 1989–1990 г. до 57.8% през 2008 г. (WHO Regional Office for Europe, 2011). Тенденцията е стабилна, с някои вариации през годините, отразявайки относителното нарастване на частните разходи за здравеопазване и показвайки непрекъснато увеличаващия се недостиг на публични ресурси за здравната система. В международен план делът на публичните здравни разходи в България (57.8%) е далеч под средните за ЕС15 (77.5%), ЕС12 (73.0%) и ЕС27 (76.6%), но сравним със средния за страните от ОНД (58.8%) (Фиг. 3.4).

Публичните разходи в България включват разходите на правителството (Министерство на здравеопазването, министерствата със собствени лечебни заведения и централния държавен бюджет), общините и Националната здравноосигурителна каса. Делът на всеки публичен източник в общите публични разходи за здравеопазване се променя през периода на преход. Преди въвеждането на здравноосигурителната система през 2000 г. основният източник на финансиране са общините с 42% от общите публични здравни разходи (Georgieva et al., 2007).

Фиг. 3.3

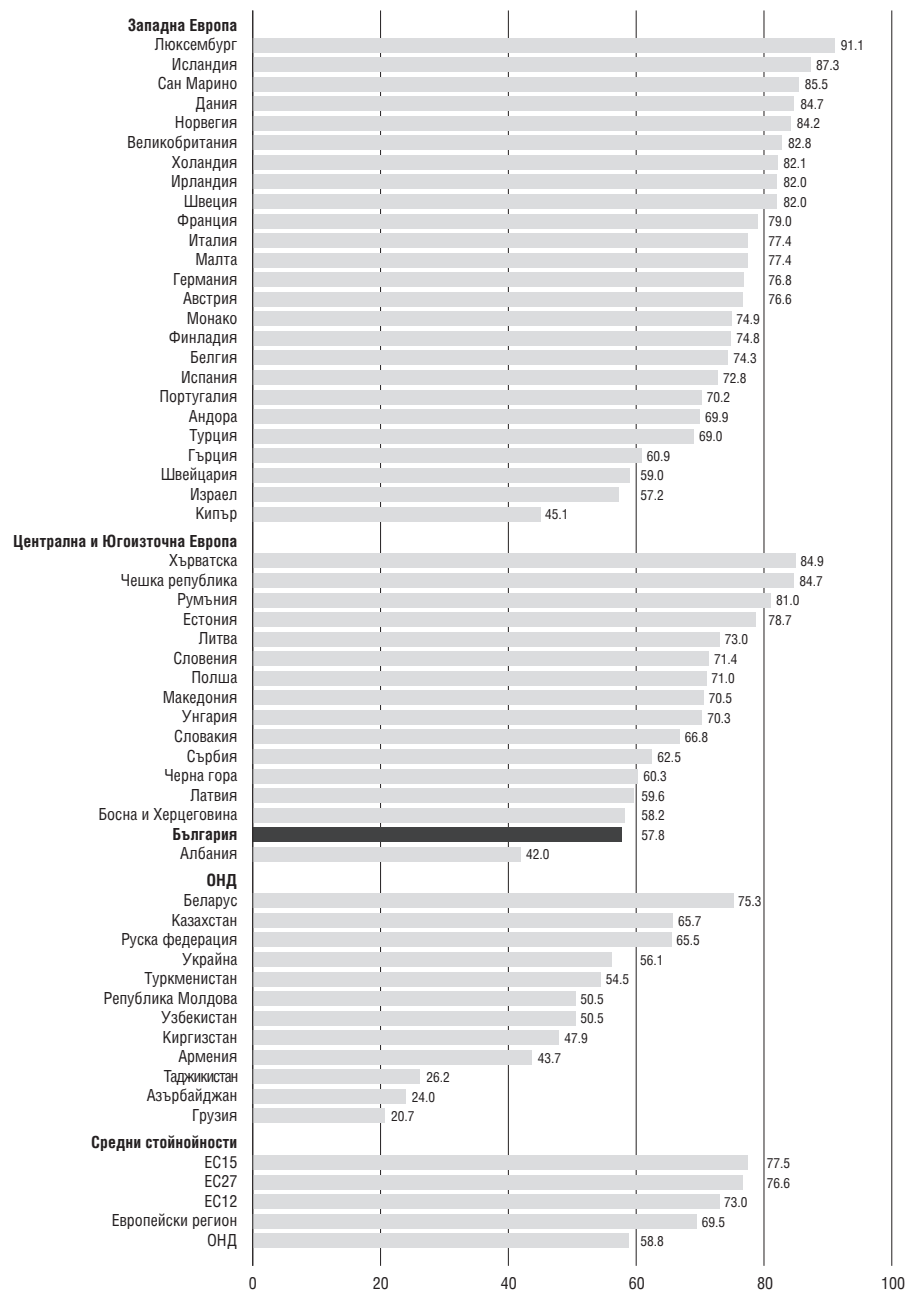
Общи здравни разходи на глава от населението в европейския регион на СЗО по изчисления на СЗО, 2008 г.



Източник: WHO Regional Office for Europe, 2011.

Фиг. 3.4

Публични здравни разходи като дял от общите разходи за здравеопазване в европейския регион на СЗО по изчисления на СЗО, 2008 г.



Източник: WHO Regional Office for Europe, 2011.

През 2008 г. здравните разходи за лечебни и рехабилитационни услуги имат най-голям дял (53.6%) в общите здравни разходи, следвани от разходите за лекарства в извънболничната помощ (36.8%). Според данни на Националния статистически институт за същата година, 66.9% от публичите разходи за здравеопазване са за лечебни и рехабилитационни услуги. Въпреки че дейностите в обхвата на общественото здравеопазване, превенцията и здравната промоция са признати като приоритет от всички здравни власти, техният дял в здравните разходи е само 4.3% (Таблица 3.2). Разходите на Министерството на здравеопазването за превенция и обществено здравеопазване са едва 1.4% от общите здравни разходи през 2008 г. (Национален статистически институт, 2011).

Таблица 3.2

Здравни разходи по вид услуги през 2008 г.

Функция	Процент от здравните разходи
Лечение и рехабилитация	53.6
Дългосрочни сестрински грижи	0.1
Спомагателни услуги в здравеопазването	3.6
Лекарства, предназначени за извънболнично лечение	36.8
Превенция и дейности по обществено здравеопазване	4.3
Здравна администрация и здравно осигуряване	1.0
Неуточнени по вид	0.6

Източник: Eurostat, 2011.

Болниците са усвоили 41.0% от общите разходи за здравеопазване, следвани от доставчиците на лекарствени средства (предимно аптеки) (36.9%) и лечебните заведения за извънболнична помощ (16.7%) през 2008 г. (Таблица 3.3). По-голямата част от разходите за лекарства са направени директно от пациентите. Публичните разходи за медикаменти са 9.2% от общите здравни разходи през 2008 г. (Закон за държавния бюджет 2008, Закон за бюджета на НЗОК 2008).

Таблица 3.3

Здравни разходи по вид на доставчика на услуги през 2008 г.

Доставчик	Процент от здравните разходи
Болници	41.0
Сестрински и социални домове	0.8
Лечебни заведения за извънболнична помощ	16.7
Доставчици на лекарства и медицински изделия	36.9
Администрация на програмите по обществено здравеопазване	1.8
Обща администрация и осигуряване	1.0
Други	1.7

Източник: Eurostat, 2011.

3.2 Източници на приходи и финансови потоци

Основните финансови потоци в здравната система са показани на Фиг. 3.5. Главният източник на приходи за здравната система са частните плащания под формата на директни плащания от пациентите, доплащане за услуги и медикаменти в системата на задължителното здравно осигуряване и доброволни здравноосигурителни премии. Делът на директните разходи в общите здравни разходи нараства от 26.7% през 1995 до 36.5% през 2008 г. (Таблица 3.4) и те формират повече от 96% от всички частни разходи за здравеопазване през 2007 г. и повече от 86% през 2008 г. (Национален статистически институт, 2011). ДЗО има само малък дял и може да бъде под формата на фиксирани премии или на диференцирани вноски, съобразени със здравния риск. Друга малка част от частните разходи идва от корпоративните плащания, дарения и външни източници (не са представени на Фиг. 3.6).

Таблица 3.4

Източници на приходи като процент от общите разходи за здравеопазване, избрани години

Източник на приходи	1990 ¹	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Публични разходи за здравеопазване	100	73.3	59.6	60.7	56.8	57.2	57.8
МЗ	100		17.8	17.4	11.4	12.4	13.6
Общини			34.2	11.0	8.4	8.8	9.4
НЗОК*			7.6	32.3	37.0	36.0	34.8
Частни разходи за здравеопазване		26.7	40.4	39.3	43.2	42.8	42.2
Директни плащания		26.7	40.4	38.1	41.9	37.0	36.5
Частно здравно осигуряване (ДЗО)				0.3	0.4	0.4	0.4
Организации, обслужващи домакинствата (напр. НПО)				0.7	0.5	0.4	0.4
Фирми				0.3	0.4	0.4	

Източник: WHO National Health Accounts, 2011.

Бележка: *включва трансферите от данъчни приходи; ¹ Health Systems in Transition: Bulgaria 2003.

Преди въвеждането на здравноосигурителната система единствените частни разходи в здравната система са под формата на директни плащания от пациентите за услуги, извършвани от частните лечебни заведения. След 2000 г. тези директни плащания са разширени с доплащането (споделянето на разходи) и заплащането на услуги, които не се поемат от НЗОК. Намаляващата роля на държавата във финансирането на здравната система, в комбинация с „незрелостта“ на новата социална здравноосигурителна система, води до значително нарастване на частните разходи, които се превръщат във водещ източник на приходи на здравната система през 2000 г., представлявайки 40.4% от общите разходи за здравеопазване (Таблица 3.4). Частните разходи обикновено са подценени, тъй

като представените данни за тях не включват неформалните плащания. Би могло да се предположи, че те представляват една значителна част от частните разходи (вж. 3.4 *Директни плащания от пациентите*). Пазарът на ДЗО продължава да играе малка роля като източник на приходи за здравната система, независимо от факта, че има известно нарастване в абсолютни стойности през последните няколко години.

Вторият най-голям източник на приходи за здравната система (34.8% от общите здравни разходи през 2008 г.) са задължителните здравноосигурителни вноски. Тези вноски се поделят между работника и работодателя или са заплащани индивидуално от самоосигуряващите се или безработни лица (Таблица 3.5). За някои осигурени, като хората, получаващи обезщетения за временна неработоспособност поради заболяване, бременност, раждане или майчинство, вноските се заплащат само от работодателя. Едноличните търговци, собствениците на дружествата с ограничена отговорност, съдружниците в търговски компании, изпълняващите свободни професии и хората без трудови договори са лично отговорни да заплащат пълния размер на здравноосигурителните си вноски. Вноските са обвързани с дохода. В някои случаи осигурените лица декларират дохода, на който избират да се осигуряват. Този доход трябва да бъде между определена минимална база („минимален осигурителен доход“) и определена максимална база („максимален осигурителен доход“). За 2011 г. минималният осигурителен доход е определен в размер на 420 лв. (215 евро), а максималният – на 2 000 лв. (1 026 евро). За някои категории осигурени лица (например деца, пенсионери, лица с ниски доходи) вноските са 8% от минималния осигурителен доход, заплащани от държавата (Таблица 3.5) от данъчните приходи. Тези плащания формират 37.0% от приходите на НЗОК през 2010 г. (32.7% през 2008 и 30.7% през 2009 г.) (Закон за бюджета на НЗОК за съответните години). Първоначално задължителната здравноосигурителна вноска е в размер на 6%, поделени между работодателите и осигурените лица в съотношение 80:20. Това съотношение постепенно е променено до 60:40. През 2009 г. размерът на вноската нараства до 8%, като правителството има намерение да я повиши до 10%. Опозиционните партии, обаче, категорично възразяват срещу това.

Здравноосигурителната система е въведена след приемането на Закона за здравното осигуряване в средата на 1998 г., което бележи началото на едногодишен период на изграждане на Националната здравноосигурителна каса, главната институция в системата на задължителното здравно осигуряване. Събирането на здравноосигурителните вноски започва на 1 юли 1999 г., година след създаването на НЗОК. Първоначално НЗОК заплаща само извънболничната помощ. От юли 2001 г. основният пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, е разширен с огра-

ничен брой болнични услуги. От 2005 г. цялата болнична помощ, с някои изключения, например болничното лечение на пациенти с психични заболявания, някои диспансерни дейности и болничното лечение на ХИВ-позитивни пациенти, е поета от НЗОК. Медицинската помощ, предоставяна от лечебните заведения, и публични, и частни, се финансира от НЗОК съгласно договорени цени. Така методът на финансиране на здравеопазването се променя постепенно от финансиране на „входа“ и на структури към финансиране за дейности и на „изхода“ на лечебните заведения (Димова, Попов, Рохова, 2007).

Таблица 3.5

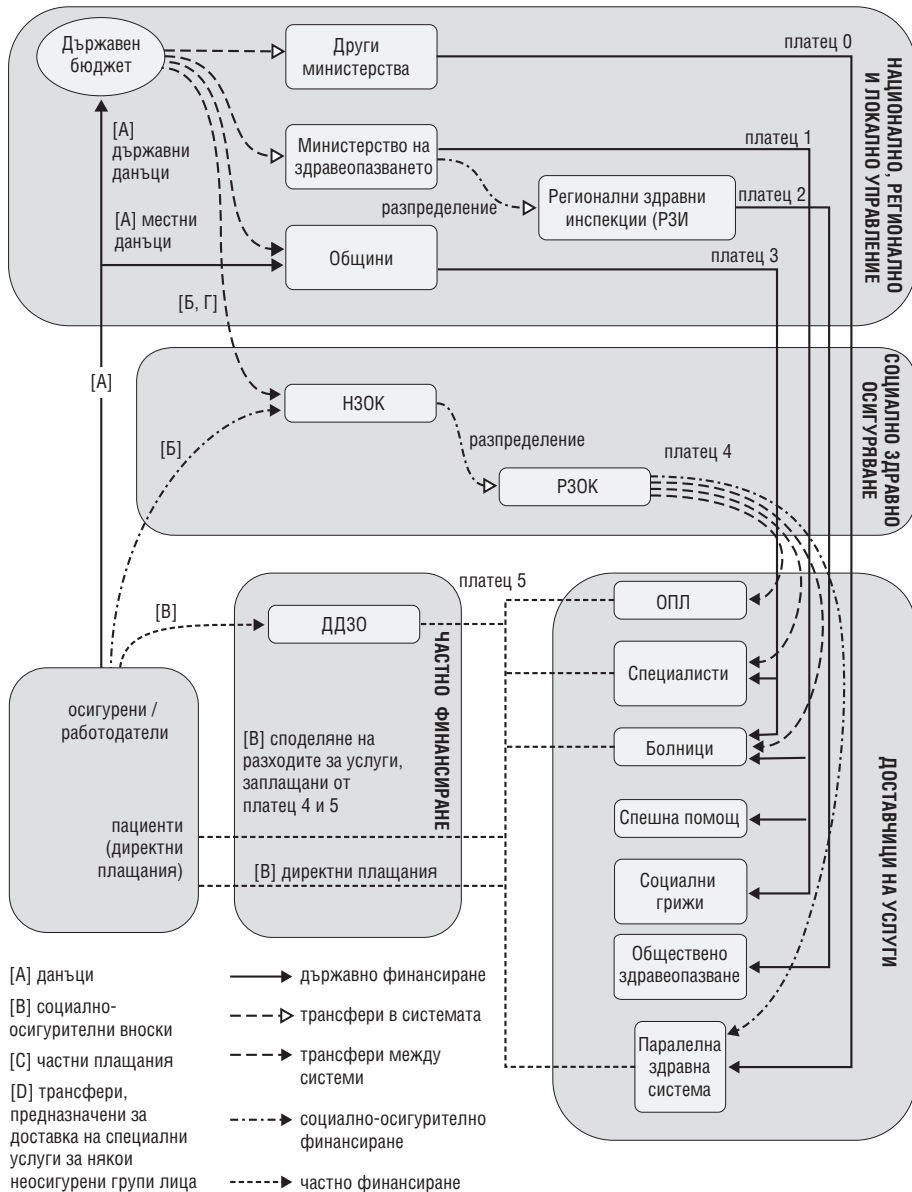
Категории осигурени лица и размер на осигурителните вноски

Категории осигурени лица	Вноски	База за определяне
Наети лица	8%, поделени между работодател и работник в съотношение 60:40	Размерът на възнаграждението до 2000 лв. (1026 евро, максимален осигурителен доход за 2011 г.)
Самонаети лица, регистрирани земеделци и тютюнопроизводители	8%, заплащани от осигуреното лице	Деклариран доход между минималния (420 лв., 215 евро за 2011 г.) и максималния осигурителен доход (2 000 лв., 1 026 евро за 2011 г.)
Пенсионери	8%, заплащани от държавния бюджет	Размерът на пенсията
Деца до 18-годишна възраст и младежи до 26-годишна възраст, които учат редовно	8%, заплащани от държавния бюджет	Минималният осигурителен доход
Безработни с право на обезщетения за безработица	8%, заплащани от държавния бюджет	Размерът на обезщетението между минималния и максималния осигурителен доход
Хора с увреждания с право на социално подпомагане	8%, заплащани от държавния бюджет	Минималният осигурителен доход
Ветерани от войните; съпрузи на военни, участващи в международни мисии; пострадали при изпълнение на служебния си дълг, работещи в системата на МВР; родители, осиновители или съпрузи, които се грижат за хора с увреждания и постоянна нужда от грижи; бежанци, задържани под стража и затворници	8%, заплащани от държавния бюджет	Минималният осигурителен доход
Безработни, които нямат право на обезщетения за безработица или социално подпомагане	8%, заплащани от осигуреното лице	Избран доход, не по-малък от половината от минималния осигурителен доход

Третият основен източник на приходи са общите данъци, разпределени към бюджета на Министерство на здравеопазването от централния държавен бюджет, и приходите, получени от РЗИ, националните центрове и Изпълнителната агенция по лекарствата под формата на такси за услуги или глоби (вж. 3.3.2 *Събиране на финансовите ресурси*). Следва да се подчертае, че, както беше посочено по-горе, държавата заплаща здравноосигурителните вноски на определени групи лица също от общите данъчни приходи, но тези финансови потоци не могат да бъ-

дат проследени по данните в националните здравни сметки. Накрая, общините могат да използват местни данъчни приходи за финансиране на здравни услуги, а трансферите от централния бюджет към общините, предназначени за здравеопазване, представляват около една четвърт от общата сума на данъчните приходи, използвани за здравеопазване.

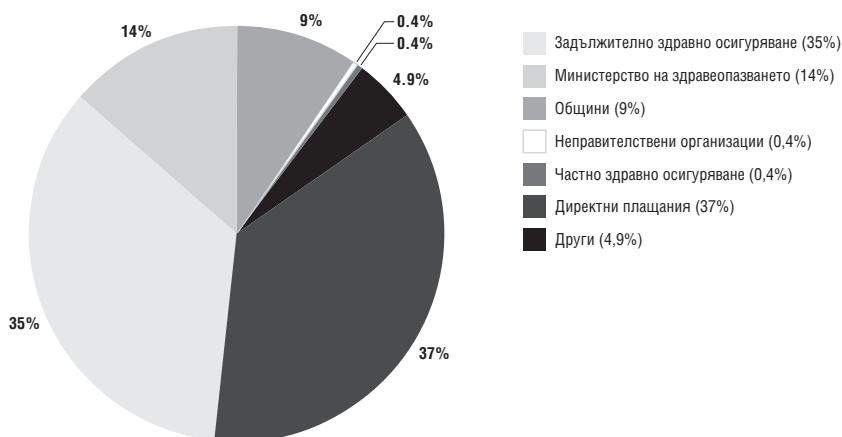
Фиг. 3.5
Финансови потоци в българската здравна система



Относителният дял на всеки източник от общите разходи за здравеопазване се променя през периода на преход. Приходите от данъци постепенно намаляват, докато приходите от задължителни здравноосигурителни вноски и директни плащания от пациентите нарастват (както е показано на Таблица 3.4). Преди въвеждането на здравноосигурителната система и създаването на НЗОК през 1998 г., главният източник за финансиране на здравеопазването са данъците, събирани от държавата и общините. Чрез тях се финансира дейността на публичната здравна система за цялото население. Директните плащания за услуги, предоставяни от частни лечебни заведения, представляват сравнително малка част от общите приходи. След въвеждането на здравноосигурителната система през 2000 г., разходите на правителството и общините като процент от общите разходи за здравеопазване значително намаляват. Другото сериозно намаление в общинските разходи, регистрирано през 2004 г., е в резултат от въвеждането на нова система на финансиране на общинските и държавните лечебни заведения. През тази година заплащането за здравни услуги, предоставяни от общинските и държавните болници, е напълно прехвърлено към НОЗК и държавата и общините започват да покриват само разходите на болниците за капиталови инвестиции като медицинско оборудване и ремонти. Така НЗОК става основният публичен източник за финансиране на лечебната помощ. Делът на задължителното здравно осигуряване в общите публични разходи за здравеопазване нараства от 13% през 2000 г. (Georgieva et al., 2007) до 71.3% през 2007 г. (Национален статистически институт, 2011).

Фиг. 3.6

Дял от общите разходи за здравеопазване според източника на финансиране през 2008 г.



Източник: WHO, National Health Accounts, 2011

3.3 Преглед на задължителната система за финансиране

Българската здравноосигурителна система е законово основана върху два стълба: задължително и доброволно здравно осигуряване. От края на първото десетилетие на новия век се обсъжда въвеждането на трети стълб на задължително допълнително здравно осигуряване, подобно на пенсионната система. Третият стълб би въвел задължителното частно осигуряване с цел да се генерират допълнителни финансови средства за здравната система. Съществуват, обаче, сериозни опасения относно възможността на една такава схема да постигне поставената цел. При тази система осигурителните вноски не се събират, а се разпределят по индивидуални сметки, като по този начин отпада принципът на солидарността. Нещо повече, необходимо е време да се акумулират (чрез заплащане на индивидуални вноски) значими ресурси. Докато в пенсионната система моментът на използване на акумулираните средства е известен и отдалечен във времето (което позволява средствата да се натрупат в индивидуалните сметки), в здравеопазването този момент е неизвестен. Понастоящем тази идея няма по-нататъшно развитие. Доколкото социалното здравно осигуряване е задължително за всички граждани, а ДЗО е допълнително, следващата точка се отнася само до системата на задължителното здравно осигуряване.

3.3.1 Покритие

Широчина: кого обхваща системата

Съгласно Закона за здравното осигуряване (1998) всички български граждани са задължително осигурени. Освен тях задължително осигурени са и следните групи: български граждани, които са и граждани на друга страна, но живеят постоянно в България, чужди граждани или хора без гражданство с право на дългосрочно пребиваване в страната и хора със статус на бежанци или с хуманитарен статут или такива, на които е дадено право на убежище.

Съществува, обаче, група от хора, които са на практика неосигурени. В по-голямата част от случаите това са индивиди, които се нуждаят от социална помощ, но нямат право на нея. Това са обикновено хора, които са безработни и които изпитват затруднения да си заплащат вноските. В резултат на това, те не са включени в системата на социалното здравно осигуряване, а също така не могат и да си позволят частна медицинска помощ. През 2003 г. става ясно, че повече от два милиона души не заплащат здравните си осигуровки, в резултат на което НЗОК

прекратява финансирането на ползваната от тях медицинска помощ. Останали без покритие от социалното здравно осигуряване, тези хора получават стимул да започнат да плащат здравните си осигуровки, за да възстановят здравноосигурителните си права. От 2010 г. гражданите губят осигурителните си права при повече от три неплатени месечни вноски през последните 36 месеца, вместо през последните 12 месеца, както е преди 2010 г. В началото на 2011 г. броят на здравно неосигурените лица е повече от 1.7 милиона (23% от населението).

Обхват: какви услуги покрива системата

Задължителната здравноосигурителна система гарантира минимален пакет от здравни услуги на осигурените лица. Националният рамков договор определя този минимален пакет. Съгласно НРД 2010 минималният пакет включва:

- първична медицинска и дентална помощ;
- специализирана извънболнична медицинска и дентална помощ;
- лабораторни изследвания;
- болнична диагностика и лечение и
- високоспециализирани медицински дейности.

Конкретните стоки и услуги, които са покрити от ЗЗО, са посочени в наредба на МЗ от 2004 г., последно изменена през 2010 г. Тази наредба обхваща различни раздели, като пакет услуги в извънболничната медицинска помощ, включващ всички услуги, които трябва да бъдат извършвани от ОПЛ, и пакет болнична помощ, който включва 298 клинични пътеки. Пакетът от услуги, гарантиран от бюджета на НЗОК, е широк от гледна точка на категориите, включени в него, но той не покрива всички възможни услуги от тези категории. Това може да остави осигурените лица с впечатлението, че могат да получат всички услуги, от които се нуждаят, въпреки че на практика много от тях не са включени в основния пакет. За осигурените лица е трудно да знаят всички услуги, които са изключени от основния пакет, и които трябва да заплащат директно. Това причинява объркване сред пациентите в случай на нужда от медицинска помощ.

Основният пакет не включва дългосрочните сестрински грижи, дългосрочните грижи за възрастни хора, спа лечението, превенцията и лечението на професионалните заболявания, алтернативната медицина, козметичната хирургия по избор, прекъсването на бременност без медицински показания и контрацепцията. Спешната помощ, лечението на психичните заболявания, бъбречната диализа, ин витро процедурите и трансплантациите са покрити от държания бюджет или специално създадени фондове. Планирано лечение в чужбина може да бъде заплатено

от НЗОК, ако пациентът има предварително одобрение от касата (виж също 2.9.6 *Пациентите и трансграничната здравна помощ*).

Националният рамков договор определя позитивен лекарствен списък, покрит от ЗЗО, и болестите, за които лекарствата се заплащат от НЗОК. Позитивният лекарствен списък е основан на европейски регламенти и на есенциалната лекарствена листа на СЗО, но на практика той предимно зависи от ресурсите, с които разполага НЗОК. Списъкът включва основно болести с високо социално въздействие и такива, определени за национални приоритети. Търговските марки не са упоменати в позитивния списък. Това позволява реимбурсирането и на оригинални, и на генерични медикаменти. Само лекарства, които са предписани от ОПЛ (или специалист) и закупени от аптека, която има сключен договор с РЗОК, се реимбурсират.

Понастоящем недостатъчните средства, събирани в НЗОК, затрудняват покриването на всички дейности, включени в основния пакет. Една от причините за това е, че тези дейности са определени в наредба на Министерството на здравеопазването, вместо от финансовите ресурси и възможностите на НЗОК.

Дълбочина: каква част от цената на дейностите в основния пакет се поема от НЗОК

Законът определя потребителски такси за всяко посещение при лекар, лабораторно изследване и болничен престой, извършвани по линия на ЗЗО. Всички пациенти дължат потребителски такси, с няколко изключения: деца, бременни жени, хора с доходи под определен праг, пациенти с хронични заболявания и някои други групи. До 2011 г. пенсионерите заплащат намалени такси. Цената на денталните услуги и някои медикаменти, включени в основния пакет, е частично поета от НЗОК. Конкретните цени и размерът на доплащането са дефинирани в НРД. По-подробно описание е представено в точка 3.4.1 *Споделяне на разходи*.

3.3.2 Събиране на финансовите ресурси

Вноски към НЗОК

Задължителните здравноосигурителни вноски се събират от Националната агенция по приходите чрез нейните 28 поделения на областно равнище и се трансферират към НЗОК ежемесечно. Те са специално предназначени за здравеопазване и могат да бъдат използвани само за предоставяне на здравни услуги на осигурените лица. Размерът на вноската е 8% (определен със закон) от облагаемия доход или от минималния осигурителен доход за страната (вж. 3.2 *Източници на приходи*).

ди и финансови потоци). От държавния бюджет се заплащат здравните вноски на около 2 млн. души, включително пенсионери, родители или съпрузи, които се грижат за лица със загуба на работоспособността над 90% и които се нуждаят от постоянни грижи, лица и членове на семейства, които получават социални помощи за непълнолетни сираци, ветерани от войните и военноинвалиди, лица, пострадали при отбраната на страната и при изпълнение на служебния си дълг, лица, кандидатстващи за статут на бежанци или право на убежище, затворници, лица без доходи, настанени в домовете за деца и младежи или в социалните домове, студентите в редовна форма на обучение до навършване на 26-годишна възраст и децата под 18-годишна възраст. Вноските за хора, получаващи обезщетения за безработица, се заплащат от Фонд „Безработица“.

Приходите от задължителни здравноосигурителни вноски постепенно нарастват след създаването на НЗОК. Приходите на НЗОК за 2010 г. са повече от четири пъти по-големи в сравнение с първата година след въвеждането на здравноосигурителната система (законали за бюджета на НЗОК). Това се дължи на нарастването на БВП и на здравноосигурителната вноска с два процента през 2009 г.

Централен държавен бюджет

Данъците са приходи с общо предназначение, постъпващи в бюджета на Министерството на здравеопазването от централния бюджет (вж. 3.2 *Източници на приходи и финансови потоци*). Данъчните приходи към централния бюджет включват приходите от подоходния данък, корпоративния данък и данъка добавена стойност (ДДС), събирани от Националната агенция по приходите. Агенцията е създадена в съответствие с препоръка на Международния валутен фонд и е част от по-широк проект за подобряване на събираемостта на данъците, включително подоходния данък, ДДС, патентните и корпоративните данъци, както и здравноосигурителните и пенсионните вноски. Националната агенция по приходите и нейните 28 областни поделения започват дейността си по администрирането на данъците на 1 януари 2006 г.

През 2010 г. 88.4% от всички държавни приходи са от данъци. Потребителските данъци имат най-голям дял (74.3%) от всички данъчни приходи, следвани от подоходните данъци (14.9%) и корпоративните и данъците върху дивидентите (10.8%)⁶ (Закон за държавния бюджет 2010). Сумата от данъчните приходи, отделяна за здравеопазване, не е фиксирана и се определя годишно като част от Закона за държавния бюджет. През 2010 г. около 5.3% от държавните данъци са отделени

6 Различно от оригинала на английски език

за Министерството на здравеопазването и общините. Трансферите от държавния бюджет към общините, предназначени за здравни дейности, са 24.2% от общата сума от данъчни приходи, отделена за здравеопазване (Закон за държавния бюджет, 2010). В допълнение към този трансфер, общините използват приходи от местни данъци, за да финансират здравни дейности. Общините самостоятелно определят дела от общинския бюджет, който годишно отделят за здравеопазване, но обикновено този дял е значителен. Приходите в общинските бюджети са от местни данъци, като такса смет, данък сгради и такси за придобиване на имущество и се събират от самите общини. Размерът на държавните и общинските данъци обикновено е произведен от колебанията в националната икономика и в резултат на това данъчните ставки и приходите се променят ежегодно.

3.3.3 Събиране на финансовите средства

Националната агенция по приходите е отговорна за събирането на фондовете за централния държавен бюджет (обща данъчни приходи) и за НЗОК (здравноосигурителни вноски). Тя разпределя данъчните приходи директно към сметките на държавните структури (министерства и др.) в рамките на 72 часа от тяхното събиране. Размерът на фондовете, които се разпределят към всяка структура или сектор, зависят от предварително определените бюджети.

Задължителните здравноосигурителни вноски се събират от 28-те териториални дирекции на Националната агенция по приходите (НАП), които ежедневно се превеждат по набирателната сметка на НАП. От там средствата, получени от агенцията, се превеждат ежедневно към набирателната сметка на НЗОК, която от своя страна ги разпределя до 28-те си РЗОК. Разпределението на средствата от бюджета на НЗОК се основава на броя и възрастовата структура на населението във всяка област, предишните разходи и прогнозите за бъдещите здравни потребности в областта. Този процес е стандартен за цялата страна.

За да се задържат цените и да се контролират разходите, бюджетите на РЗОК са проспективни и разделени на параграфи с месечни и годишни лимити по всеки параграф, одобрени от НЗОК. Така бюджетите на РЗОК се изразходват в съответствие с предварително одобрените параграфи и на практика РЗОК управлява единствено административните си разходи. Преразпределение на средствата между параграфите или искане на допълнително финансиране по определен бюджетен параграф в рамките на одобрения период (една фискална година) е възможно, но само с одобрение от НЗОК.

Националната агенция по приходите прехвърля приходите от данъци (включително данък общ доход, корпоративен данък, акцизи, ДДС и патентен данък) в набирателните сметки на регионалните данъчни дирекции на Министерство на финансите, откъдето приходите се събират на национално ниво, за да формират държавния бюджет. Държавният бюджет се разпределя между различните министерства в зависимост от предварително одобрени годишни бюджети. Средствата, насочени към Министерството на здравеопазването, се използват предимно за директно финансиране на някои скъпоструващи лекарства, държавните болници и за изпълнение на национални програми. Другите министерства, които имат собствени лечебни заведения, също получават средства, предназначени за здравни дейности от държавния бюджет. Общините получават средства, предназначени за здравеопазване от държавния бюджет, в зависимост от големината на общината и съгласно Закона за държавния бюджет.

Други трансфери се осъществяват между държавния бюджет и НЗОК и между Министерството на здравеопазването и НЗОК. НЗОК получава месечно здравноосигурителните вноски за тези групи от населението, които са осигурени от държавата. Министерството на здравеопазването превежда средства към НЗОК, предназначени за предоставяне на специални услуги на някои неосигурени групи от населението (например за родилна помощ на здравно неосигурени жени).

3.3.4 Заплащане за медицинска помощ и отношения между платец и доставчик

Финансовите взаимоотношения между „купувачите“ и „доставчиците“ на здравни услуги са регулирани със Закона за здравното осигуряване от 1998 г. както за публичния, така и за частния сектор (за заплащането и отношенията между платец и доставчик при доброволното здравно осигуряване виж 3.5 *Доброволно здравно осигуряване*). В публичния сектор отношенията между платеща (НЗОК) и лечебните заведения са основани на договорния модел. И публичните, и частните лечебни заведения могат да получават заплащане от НЗОК след подписване на договор с касата, чрез нейните областни поделения. НЗОК и професионалните организации на лекарите, лекарите по дентална медицина и фармацевтите подписват Националния рамков договор. НРД регулира лечебните заведения, обхвата на здравните услуги, цената на услугите, качеството и механизмите за контрол и изпълнение на договорните отношения. Всяка РЗОК сключва договори с доставчиците в областта съгласно изискванията, посочени в НРД. Например договорите не могат

да включват услуги или условия, по-неблагоприятни от тези, предвидени в НРД. В някои случаи индивидуалните договори могат да предвиждат ограничения в обема на дейностите, за които лечебното заведение ще получи заплащане от РЗОК.

НЗОК контролира оказването на медицинска помощ и финансовите резултати на договорните си партньори чрез инспектори на национално (от НЗОК) и на регионално (от РЗОК) равнище. Финансовите инспектори контролират изпълнението на финансовите условия по договорите, като събират и съставят счетоводна документация и изготвят доклади за лечебните заведения. И финансовите, и медицинските инспектори извършват планирани и спонтанни проверки (предизвикани от сигнали или оплаквания) съгласно НРД.

През 2010 г. 9488 индивидуални договори са били сключени между лечебни заведения и РЗОК. Те включват 3992 договора с лечебни заведения за първична извънболнична помощ, 3188 договора с лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ и диагностични лаборатории, 2001 договора с аптеки и 307 договора с болници (Национална здравноосигурителна каса, 2010б).

3.4 Директни плащания от пациентите

По данни на Национания статистически институт (НСИ) директните плащания от пациенти са в размер на 1 789 млн. лв. (917 млн. евро) през 2008 г., съставляващи 36.5% от общите разходи за здравеопазване. За сравнение, през 2003 г. те са 38.6% от общите здравни разходи. Според методиката на НСИ тези данни включват частните плащания и поделените разходи, но изключват неформалните плащания. Официални данни за размера на всеки от видовете директни плащания липсват. Според последно проучване съществена част от директните разходи на пациентите (47.1% за 2006 г.) са неформални (Институт „Отворено общество“ – София, 2008). Поради това може да се предполага, че директните плащания от пациентите, които са вече най-големият източник на приходи за здравната система, са много по-големи, отколкото показват официалните данни.

3.4.1 Споделяне на разходи (потребителски плащания)

Споделянето на разходи е въведено със Закона за здравното осигуряване от 1998 г. под формата на съвместни плащания (наричани в България потребителски такси) при посещения при лекар, зъболекар, лаборатория

и болница за услуги, заплащани от НЗОК (Таблица 3.6). Потребителски такси плащат всички пациенти с някои изключения: деца, бременни жени, безработни с доходи под определен праг, пациенти с хронични заболявания и някои други групи. Потребителските такси са в размер на 1% от минималната работна заплата (МРЗ) за всяко посещение в извънболничната помощ и 2% от МРЗ за всеки ден болничен престой до 10 дни годишно. Тези потребителски такси варират в зависимост от МРЗ, определена на 160 лв. (81.80 евро) през 2006 г. и на 240 лв. (122.70 евро) през 2010 г. и са заплащани директно от пациента на лекаря или лечебното заведение при предоставяне на услугата. Пациентите трябва да доплащат за денталните услуги, включени в основния пакет. Същото се отнася и за лекарствата за домашно лечение. Някои лекарства, включени в Позитивния лекарствен списък, са напълно заплащани от НЗОК, но за други пациентите трябва да доплащат. Доплащанията са определени в НРД (вж. 3.7.1 *Заплащане за здравни услуги*).

Независимо от опасенията относно техния регресивен характер, съвместните плащания се възприемат като инструмент за органичаване на ненужното търсене на медицинска помощ и са допълнителен източник на приходи за лечебните заведения, които могат да бъдат използвани за издръжка на практиките и закупуване на медицинско оборудване и консумативи. Независимо от това, съвместните плащания са бариера и финансово бреме за хората с ниски доходи и пенсионерите, които посещават лечебните заведения по-често от която и да е друга група (например за изписване на лекарства, консултации със специалист, диагностични изследвания). Тъй като настоящата минимална работна заплата от 240 лв. (122.7 евро) е под екзистенциалния минимум, съвместните плащания намаляват средствата за храна и други основни жизнени потребности, с които хората разполагат. Това е една от причините, поради които през юли 2008 г. потребителските такси за пенсионерите са намалени от 1% от минималната работна заплата на 1 лев (0.51 евро) за всяко посещение в извънболничната помощ. Разликата между намалената и пълната потребителска такса се заплаща на лекарите от извънболничната помощ от НЗОК. През 2011 г. тази привилегия за пенсионерите е отменена.

Друга индиректна форма на споделяне на разходите съществува в болниците, когато пациентите доплащат за „люксови услуги“, като самостоятелна стая, ползване на телевизор в стаята, избор на лекар или екип. Допълнителното заплащане за тези услуги се основава на ценовата листа на болницата и варира между отделните болници. В края на 2010 г. става ясно, че в болничния сектор съществуват големи различия

в цените за избор на лекар (според някои съобщения в медиите от приблизително 25 до 5000 евро). За да се преодолее тази ситуация, са въведени максимални цени за избор на лекар и/или екип. От 2011 г. болниците могат да получават от пациент, който желае да избере лекуващия си лекар, до 700 лв. (357 евро) и екип – до 950 лв. (485 евро).

В публичните болници пациентите могат да изберат от така наречените „VIP” услуги (например „VIP” стая). В повечето частни болници всички пациенти заплащат допълнителни такси за „люксови“ условия, доколкото други не съществуват. Допълнителното заплащане за луксозни условия и избор на лекар са включени в общата цена на услугата. Тези допълнителни услуги в частните болници са неразделна част от болничния престой на пациентите и не могат да бъдат използвани отделно и независимо от медицинските услуги.

Доброволното здравно осигуряване може да покрие задължителните потребителски такси, особено за болничните услуги, денталните услуги и лекарствата (вж. 3.5 *Доброволно здравно осигуряване*). Когато пациентът получава медицинска или дентална помощ, заплащана от ДДЗО, задължителните потребителски такси не се прилагат.

Таблица 3.6

Потребителски такси за здравни услуги

Здравна услуга	Вид на потребителската такса	Защита
Посещение при ОПЛ	Съвместно плащане 1% МРЗ	12 пациентски групи, включително деца, пациенти с хронични заболявания и безработни с доходи под определен праг са освободени от заплащане на потребителска такса
Посещение при специалист от извънболничната помощ	Съвместно плащане 1% МРЗ	Същото като горното
Болничен престой	Съвместно плащане 2% МРЗ за всеки ден от престоя, но за не повече от 10 дни годишно	Същото като горното
	Допълнително заплащане (за луксозни услуги и избор на лекар)	Няма изключения
Дентални услуги	Съвместно плащане. Размерът зависи от вида на услугата	Децата доплащат по-малко
Лабораторни тестове	Съвместно плащане 1% от МРЗ или 2 лв.	Няма изключения
Лекарства за домашно лечение	Съвместно плащане. Сумата зависи от лекарството	Няма изключения

Бележка: МРЗ: минимална работна заплата.

3.4.2 Директни плащания за услуги

Директни плащания има в три случая. Първо, пациентите заплащат за услуги и стоки, които не са включени в основния пакет на НЗОК по цени, определени от доставчика. Това включва, например, много от денталните услуги, както и услугите в областта на пластичната хирургия по желание на пациента, някои лабораторни тестове, импланти, очила и различни медикаменти.

Второ, съществуват директни плащания за услуги и стоки, които са включени в основния пакет на НЗОК, но пациентите предпочитат да ги получат извън стандартния „път“ на пациента в системата на задължителното здравно осигуряване. Например, ако пациент отиде директно при специалист за преглед (услуга, която е включена в основния пакет) без направление от ОПЛ, той/тя ще трябва да заплати за услугата. Същото се отнася и ако пациентът отиде директно в лаборатория, болница или друг ОПЛ, който не е неговият/нейният личен лекар. Пациентите са мотивирани от различни причини да изберат този начин за получаване на медицинска помощ. Те може да търсят по-бърз достъп до услугите, от които се нуждаят, или да търсят услуги по желание. Но най-важната причина е, че хората често се сблъскват с административни и други препятствия, следвайки стандартния „път“ на пациента в системата (например общопрактикуващият им лекар е отказал или забавил да издаде направление за специалист, лаборатория или болница поради изчерпване на месечния лимит направления, определен от НЗОК). Директни плащания възникват и в случаи, в които лекар насочва пациент за консултация към лечебно заведение, което няма сключен договор с НЗОК. Ако пациентът няма доброволно здравно осигуряване, което покрива тази услуга, той/тя ще трябва да заплати за нея със собствени средства.

Трето, неосигурените лица също трябва да заплащат директно за медицинските услуги или стоки, освен ако не търсят помощ в спешните центрове в застрашаващи живота състояния. От 2001 г. лечебните заведения имат собствени ценови листи за услугите, които извършват. През последните 10 години цените на здравните услуги устойчиво нарастват.

3.4.3 Неформални плащания

Неформалните плащания включват всички неофициални плащания за стоки и услуги, които би трябвало да бъдат безплатни за пациента и финансирани от НЗОК, както и регламентирани плащания, за които доставчикът не издава касова бележка. Преди демократичните промене

ни през 1989 г. единствената форма на неформални плащания са подаръците, които признателните пациенти дават за предоставените им здравни услуги. Тази практика е широко разпространена. Паричните неформални плащания са непопулярни не само в здравеопазването, но и във всички останали сфери на обществения живот. Когато частната практика е възстановена в ранните години на прехода, заедно с формалните се появяват и неформалните (парични) плащания. Към 2011 г. поради формалните и неформалните плащания практиката на даване на подаръци вече не е така разпространена, както в миналото. Забавянето на здравната реформа в България в допълнение към другите проблеми води до увеличаване на корупционните практики.

В изследване, проведено през 1994 г., 43% от 1000 анкетирани съобщават, че са заплащали за официално безплатни услуги в лечебните заведения (Delcheva, Balabanova, McKee, 1997). Изследване в София през 1999 г. установява, че 54% от анкетираните са правили неформални плащания за обществено покрити (по това време) услуги (Delcheva, 1999). Според най-ново изследване значителна част от директните плащания (47.1% през 2006 г.) са все още неформални, включвайки плащания за услуги, за които пациентите не са получили финансов документ (Институт „Отворено общество“ – София, 2008).

Пациентите обикновено плащат неформално, за да намалят времето за чакане, за достъп до специалист без направление или за да си осигурят по-добри условия и качество в болниците. Индивидуални разходи за лекарства или консумативи по време на хоспитализация също могат да бъдат смятани за неформални. Според национално представително проучване, финансирано от Институт „Отворено общество“ и Фондацията „Сорос“, приблизително 25% от болничните пациенти са се сблъскали с проблема „нерегламентирани плащания“ за прегледи, изследвания, лечение и/или операции в София през 1999 г. (Delcheva, 1999). Включването на болничната помощ в основния пакет на НЗОК намалява в известна степен неформалните плащания за консумативи, материали и/или лекарства, използвани по време на хоспитализацията. Обаче това не се е отразило на неформалните плащания към лекарите, медицинските сестри и санитарите. Според национално представително изследване, проведено през 2006 г., 22.4% от болничните пациенти са плащали за медицински услуги по нерегламентиран начин (за хирургични операции, консултации и др.), 11.4% са плащали на санитарни и 7.3% – на медицински сестри (Димова, Попов, Рохова, 2007). През 2006 г. неформалните плащания в болниците възлизат на 11.7% от всички директни плащания от пациента за болнична помощ (Институт „Отворено общество“ – София, 2008).

Процентът на неформалните плащания в извънболничната помощ (първична и специализирана) е по-висок. Докато неформалните плащания в болниците могат да бъдат отнесени към корупционните практики, в извънболничната помощ те са предимно свързани с неиздаването на финансов документ. Например ОПЛ са задължени да издават касова бележка за всяка потребителска такса, платена от пациентите. Практиката показва, че много често това не се случва. Така, според цитираното изследване на Институт „Отворено общество“, през 2006 г. неформалните плащания в практиките на ОПЛ и специалистите са съответно 61.1% и 53.7% от общите директни плащания от пациентите. Институт „Отворено общество“ съобщава, че през 2006 г. неформалните плащания за медицински услуги възлизат на 75.5 млн. лв. (38.6 млн. евро).

Съгласно национално представително изследване, преведено през 2006 г. като част от най-задълбочения анализ на здравната реформа в България, правен до настоящия момент, 66.2% от медицинските професионалисти споделят впечатлението, че организационният и финансов модел на българската здравна система сам по себе си създава предпоставки за корупция и други финансови нарушения (Димова, Попов, Рохова, 2007).

3.5 Доброволно здравно осигуряване

Възможността за предоставяне на доброволно здравно осигуряване е въведена още от създаването на здравноосигурителната система със Закона за здравното осигуряване от 1998 г. Въпреки това пазарът на доброволното здравно осигуряване е все още ограничен и обхваща относително малък дял от населението. ДЗО се осъществява от акционерни дружества, работещи за печалба, с единствен предмет на дейност – доброволно здравно осигуряване. Тези дружества могат да осъществяват дейността си след получаване на лиценз от КФН. ДДЗО предоставят допълнително осигуряване за всеки индивид. Извън основния пакет на НЗОК всички граждани са свободни да купуват и различни осигурителни пакети. ДДЗО могат също така да покриват разходи за услуги, включени в основния пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК.

3.5.1 Роля и размер на пазара

ДЗО покрива допълнителни (complementary) услуги, незаплащани от НЗОК (като специфични лабораторни изследвания и лекарства), допълващи (supplementary) услуги (например по-добро обслужване и свободен избор на лекар в болница) и услуги, включени в основния пакет на

НЗОК (посещения при специалист, болнично лечение, профилактика и др.). Това означава, че за някои услуги хората с доброволно здравно осигуряване имат двойно покритие. За повечето услуги нивото на покритие от НЗОК и ДЗО не е ясно определено, поради което ползите от ДЗО не са достатъчно видими за населението. Въпреки че ДЗО е въведено през 1998 г., разходите на ДЗО са само 0.4% от общите здравни разходи и 0.9% от частните разходи за здравеопазване през 2008 г. (Таблица 3.4).

Според изследване на пазара на доброволното здравно осигуряване, проведено от КФН през 2010 г., броят на доброволно здравноосигурените лица намалява спрямо предходната година, но премийните приходи нарастват. Броят на индивидуалните и груповите осигурителни договори към края на юни 2010 г. е 6184 (5285 по-малко от тези през същия период на 2009 г.), а броят на хората с доброволно здравно осигуряване е 200 886 или приблизително 2.6% от населението, сравнен с почти 5% през 2009 г. и 4.7% през 2008 г. В същото време премийният приход нараства с 5.9% на годишна база през 2010 в сравнение с 2009 г. (Застраховател, 2010).

Основните фактори, които възпрепятстват развитието на пазара на ДЗО, са обхватът на покритието (почти универсално), гарантирано от НЗОК и ниските доходи на населението.

3.5.2 Структура на пазара

Въпреки че индивиди, семейства и фирми могат да се осигуряват доброволно, само определени групи с високи доходи и компании могат да си го позволят. Повечето клиенти на ДДЗО са компании, които са мотивирани от данъчните облекчения. Обаче, поради факта, че данъчните облекчения не са съществени, корпоративните клиенти на ДДЗО са водени предимно от желанието си да повишат удовлетвореността на работещите в тях и да намалят разходите, възникващи при заболявания и отсъствие от работа. Според анализ на конкурентната среда на доброволното здравно осигуряване, извършен от Комисията за защита на конкуренцията (КЗК) през 2009 г., индивидуалните клиенти на ДДЗО са приблизително 2%, докато останалите са корпоративни клиенти. Най-уязвимите групи, като възрастни и хора с хронични заболявания, както и децата, не могат да си позволят ДЗО поради високите осигурителни премии и ниския доход.

По данни на КЗК две трети от всички лицензирани ДДЗО са активни. Дружествата за доброволно здравно осигуряване могат да бъдат категоризирани в три групи: (1) компании, които са част от осигурителна група или финансов конгломерат (те са най-голямата група със 75% от всички ДДЗО), (2) компании, създадени като автономни здравноосигу-

рителни дружества и (3) новолицензирани компании, които не функционират или дейността им е крайно ограничена. Всички участници на пазара са акционерни дружества, работещи с цел печалба. Към края на юни 2009 г. около 30% от ДДЗО са притежание на чуждестранни компании (Комисия за защита на конкуренцията, 2009).

Броят на ДДЗО нараства постепенно от въвеждането на ДЗО. През 2001 г. лицензираните ДДЗО са 2, през 2003 г. – 6, 10 през 2006 г. и 20 през 2010 г. Най-голямата компания има 15.4% пазарен дял, а шест компании заедно притежават 70.4% от пазара на доброволното здравно осигуряване (Комисия за финансов надзор, 2011).

3.5.3 Дейност на ДДЗО

Всяко ДДЗО предлага определен и лицензиран пакет от услуги. Пакетът услуги може да бъде създаден или, променен с одобрение на КФН. Видовете пакети, предлагани от ДДЗО, са:

- подобряване на здравето и предпазване от болести;
- извънболнична помощ;
- болнична помощ;
- дентална помощ;
- услуги, свързани с битови и други допълнителни условия;
- възстановяване на разходи и
- други (например комплексна медицинска помощ).

Данни за приходите и съответните им изплатени претенции по вид на осигурителния пакет са представени в Таблица 3.7.

Таблица 3.7

Структура на приходите от премии и изплатени претенции по вид на осигурителния пакет, в %

Година	2009			2010 (деветмесечие)		
	Приходи от премии	Претенции	Коеф. на щетимост*	Приходи от премии	Претенции	Коеф. на щетимост*
Осигурителен пакет						
Подобряване на здравето и предпазване от болести	13.9	11.8	48.2	15.1	13.5	49.2
Извънболнична помощ	22.9	26.4	65.5	21.8	26.1	65.4
Болнична помощ	15.1	5.8	21.8	13.9	5.5	21.7
Стоматологична помощ	2.8	3.7	75.1	3.9	3.9	54.5
Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия	1.7	0.2	6.8	1.9	0.2	5.1
Възстановяване на разходи	10.1	14.1	79.2	11.1	13.6	67.0
Други (например комплексна медицинска помощ)	33.5	38.0	64.5	32.2	37.1	63.1
Общо	100	100	56.8	100	100	54.8

Източник: Комисия за финансов надзор, 2011

Бележка: * изплатени претенции като дял от премийния приход.

Всеки пакет се предлага в два варианта: (1) минимален/основен и (2) разширен/луксозен или пълен вариант. Вариантите се различават един от друг по броя на услугите, които фондът покрива. Изборът на определен пакет и неговият вариант се договарят между осигуреното лице и осигурителната компания. Доброволните здравноосигурителни полици включват отговорностите на осигурителната компания и пациента, семейството или работодателя. Обикновено договорите се сключват на годишна база, но съществуват и възможности за по-кратък (един месец) или по-дълъг (три години) период.

Доброволно здравноосигурените лица могат да избират между възстановяване на разходите или получаване на услуги. Ако изберат модела на възстановяване на разходите, те първо заплащат оказаната им помощ директно на лекаря или лечебното заведение, след което осигурителната компания възстановявана напълно или частично направените разходи. Възстановимата сума може да бъде предварително определена в осигурителния договор или пък договорът може да направи уточнението, че осигуреното лице ще получи конкретна сума в зависимост от направените разходи за лечение. Ако пациентът избере модела на получаване на услуги, дружеството за доброволно здравно осигуряване заплаща на лечебните заведения директно за предоставените, предварително договорени здравни услуги и стоки. Най-често използваният метод за заплащане е такса за услуга.

За всеки ДЗО пакет осигурените лица заплащат премии. Начинът на плащане е установен в договора между осигуреното лице и ДДЗО. Размерът на премиите, както и времевите ограничения и начинът на плащане са определени съгласно установените тарифи на компанията, одобрени от КФН. Индивидуалните и семейните доброволни здравноосигурителни полици са основани на оценка на риска. Полът и възрастта, както и предишни и настоящи заболявания определят размера на премията. За корпоративните клиенти осигурителните премии се определят на база на общия персонал и не зависят от пола и възрастта на осигурените лица. Вместо това рискът се разпределя между индивидите в групата. Факторите, които определят размера на премията, са броят на персонала, браншът, в който компанията работи, дали компанията има клонове, или не, периодичността на плащанията и продължителността на договора.

ДДЗО избирателно сключват договори с частни и с публични лечебни заведения или създават собствени лечебни заведения и аптеки. И в двата случая размерът на заплащането на доставчика на медицински услуги се определя от пазара.

Доходността на пазара на доброволно здравно осигуряване нараства през последните две години. Административните разходи и изплатените претенции намаляват, което е предпоставка за нарастване на печалбата (Таблица 3.8). Независимо от съвкупната печалба на пазара на ДЗО през 2009–2010 г. някои ДДЗО отчитат значителни загуби.

Таблица 3.8

Финансови индикатори на дружествата за доброволно здравно осигуряване

	2007	2008	2009	2010
				(деветмесечие)
Административни разходи като % от премиения приход	32.5	31.2	30.5	28.8
Загуба/печалба в хиляди лева	-2 497	-7 776	220	721
Коефициент на щетимост, изплатени претенции като % от общия премиен приход	60.4	69.6	56.8	54.7

Източник: Комисия за финансов надзор, 2011

3.5.4 Обществени политики

Пазарът на доброволното здравно осигуряване е регулиран и контролиран от Комисията за финансов надзор и Министерството на здравеопазването. Комисията за финансов надзор е независима от изпълнителната власт (правителството) и отчита дейността си пред Народното събрание. КФН лицензира ДДЗО и одобрява пакетите от услуги и тарифите. Тя, също така, регулира отношенията между ДДЗО и осигурените лица, от една страна, и ДДЗО и лечебните заведения – от друга. Комисията одобрява всички промени в статута и дейностите на ДДЗО. Тя има силата да налага административни мерки и санкции на ДДЗО в случаи, определени от закона. Министерството на здравеопазването контролира качеството и достъпността на медицинските услуги, предоставяни чрез доброволното здравно осигуряване.

Доброволните здравноосигурителни дейности не са предмет на ДДС. Работодателите използват данъчни облекчения до 60 лв. (31 евро) месечно за всеки осигурен. Индивидуалните потребители на доброволно здравно осигуряване също могат да намалят облагаемия си доход с до 10%. Независимо от това, размерът на намалението, заедно с обхвата на задължителното здравно осигуряване, не мотивират съществено работодателите и индивидите за закупуват ДЗО досега.

Развитието на пазара на доброволното здравно осигуряване предизвиква големи дебати сред политиците и професионалните групи. Засилването на ролята на ДЗО в здравната система е цел, разпозната от

политиците, но липсва ясна визия за подходящите промени в системите и на задължителното, и на доброволното здравно осигуряване. Някои идеи, които се обсъждат, са създаването на трети стълб на здравното осигуряване за задължително допълнително здравно осигуряване или премахването на монопола на НЗОК чрез въвеждане на свободен избор на фонд за задължително здравно осигуряване.

3.6 Други финансираня

3.6.1 Паралелни здравни системи

Паралелни здравни системи се управляват от министерствата на отбраната, транспорта, информационните технологии и комуникациите, на вътрешните работи, на правосъдието и на Министерския съвет. Министерствата притежават и управляват лечебни заведения, включително пет военни многопрофилни болници и три болници за продължително лечение, две транспортни многопрофилни болници и един диагностично-консултативен център, един Медицински институт с многопрофилна болница и регионални здравни заведения, две специализирани болници, четиринадесет медицински центъра за затворници и една многопрофилна правителствена болница. Всички лечебни заведения, с изключение на тези, управлявани от Министерството на правосъдието, могат да сключат договор с НЗОК и да обслужват пациенти извън контингента на съответните министерства. Лечебните заведения, притежавани от Министерството на правосъдието, са основно финансирани от неговия бюджет, но могат да получават и заплащане от НЗОК за лица, обслужвани по реда на задължителното здравно осигуряване. Отношенията между лечебните заведения на Министерството на правосъдието и НЗОК не са законодателно изяснени. Липсва детайлна информация за размера на финансирането на паралелната здравна система. В Закона за държавния бюджет информация може да бъде намерена само за бюджетната субсидия на правителствената болница към Министерски съвет. За 2010 г. тази субсидия е в размер на 14 474 600 лв. (7.4 млн. евро).

3.6.2 Външни източници на финансиране

От средата на 90-те години българската здравна система е получила значителна чуждестранна помощ, включително от правителствени заеми, международни проекти и грантове от различни правителства, институции и организации. Външното финансиране е най-голямо през първия период на реформения процес (1992–2001 г.) и намалява след това. По

данни на СЗО, външните източници за финансиране на здравеопазването са 1.4% от общите разходи за здравеопазване през 1996 г., по-малко от 1% през периода 1997–1999 г., 2% през 2000 г., след което постепенно спадат до 0% през 2008 г. Тези данни, обаче, обикновено включват само външните финансираня, получени от правителството и Министерството на здравеопазването, но не отразяват чуждестранната помощ, получена от други институции.

Димова, Попов и Рохова (2007) представят най-изчерпателна информация за външните финансираня, основана на общодостъпни източници. Основният дял от чуждестранната помощ е получен по заеми от Световната банка и програмите на ЕС, които са използвани за структурни промени в здравната система. Те включват:

- проектите на PHARE (30 млн. екю за здравната реформа), от които 10 млн. екю за реструктуриране на националната мрежа за спешна медицинска помощ, 3.15 милиона за обучение на медицинския персонал, 5.65 милиона за въвеждане на здравноосигурителната система и 460 хиляди за реформа във фармацевтичния сектор) (1992 г.);
- 1.8 млн. щатски долара от ЕС за обучение на общопрактикуващи лекари (1992 г.);
- 50 млн. щатски долара за подкрепа на въвеждането на здравноосигурителната система от Световната банка и 12 млн. екю за трансплантации по програмите PHARE и TEMPUS (1993 г.);
- 45 млн. екю от програма PHARE за болниците и заем от 35 млн. щатски долара от Световната банка (1994 г.);
- кредит от 100 млн. германски марки от фирма „Сименс“ за обновяване на рентгенова техника (1996 г.);
- 10 млн. швейцарски франка за доставка на стерилизиращи системи в 13 болници (1996 г.);
- 2 млн. датски крони за оборудване на четири центъра за диабетно болни към университетски клиники (1996 г.) и
- 15 млн. екю, договорени с ЕС за тригодишна програма, която включва онкологичните заболявания при жените и контрол на качеството на медицинската помощ (1996 г.).

47.2 млн. щатски долара са заети за проект, целящ реструктуриране на здравния сектор, 26 милиона от които са заем от Световната банка, 11 милиона са получени от Социалния фонд за развитие на ЕС и 2.3 милиона представляват безвъзмездна финансова помощ от програмата PHARE на ЕС. Проектът е разделен на четири програми – първата (2.3 млн. щатски долара) включва анализ на здравната политика и управле-

ние, създаване на поделение към Министерството на здравеопазването за здравно-политически анализи и организиране на интензивно обучение на ръководители в здравните заведения; втората засяга първичната помощ (14.5 млн. щатски долара) – за поправка и закупуване на транспортни средства; третата е насочена към спешната помощ (13.3 млн. щатски долара) – за оборудване на 21 спешни отделения в обединените областни болници, приемни спешни отделения в 45 областни болници и закупуване на 125 линейки; четвъртата програма цели реорганизиране на кръводаряването и създаване на национална система за хемотрансфузия (1996 г.).

През 2000 г. за НЗОК безвъзмездно са отпуснати 3 млн. швейцарски франка от правителството на Швейцария, по 500 000 щатски долара от правителствата на Япония и Испания и 163 000 евро за обучителни програми от ЕС. Правителството на Испания отпуска 400 000 щатски долара за обучение по болничен мениджмънт, а 600 000 германски марки от правителството на Германия са предвидени за обучение на служители на НЗОК. ЕС отпуска 1.2 млн. евро за институционалното изграждане на НЗОК и обучение на служители от здравната администрация, Американската агенция за международно развитие USAID предоставя 2.5 млн. щатски долара за разработване на концепция за финансиране на болниците.

В началото на 2001 г. Световната банка отпуска заем в размер на приблизително 60 млн. щатски долара, предназначен за доизграждане на информационната система на НЗОК, за обучение на лекари и за подпомагане на болничната помощ.

Световната здравна организация предоставя постоянна техническа помощ, насочена към развитието на здравната реформа и новата здравна политика, майчиното и детското здравеопазване, инфекциозните и хроничните заболявания и здравната промоция. След присъединяването на България към Европейския съюз външните източници за финансиране са главно от фондовете на ЕС и програма PHARE, включително:

- 1.6 млн. евро по програма PHARE (фаза 2) за скрининг и ранна диагностика на туберкулоза, онкологични, сърдечносъдови и наследствени заболявания за уязвими етнически малцинства (2008–2009);
- 1.45 млн. евро по програма PHARE (фаза 3) за деинституционализация чрез предоставяне на услуги на рискови групи (2008–2009) и
- 1.1 млн. щатски долага от Фонда за население на Обединените нации за подобряване на сексуалното и репродуктивното здраве на младите хора в България.

Понастоящем се работи по шест текущи проекта, финансирани по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ на ЕС, на обща стойност от 53.6 млн. лв. (27.5 млн. евро). Проектите са насочени към ранна диагностика на рак, акредитация на лечебните заведения, продължаващо обучение на медицинските професионалисти, здравно-информационни системи, лечение на остри заболявания и повишаване на информираността на пациентите (Министерство на здравеопазването, 2010а).

3.6.3 Други източници на финансиране

В сравнение с другите източници малко са приходите, които постъпват в здравната система от доброволни благотворителни дарения от отделни личности, частни компании, фондации и НПО. По данни на Националния статистически институт средногодишните дарения за периода 2003–2008 г. са 19 млн. лв. (приблизително 10 млн. евро). Техният дял в общите разходи за здравеопазване намалява от 0.8% през 2003 г. до 0.4% през 2008 г. Съгласно Кодекса на труда се изискват регулярни прегледи на персонала в публичните и частните компании. Това налага работодателите да сключват договори със служби по трудова медицина, за да осигурят на работниците си необходимите здравни услуги. Информация за размера на тези плащания е поместена в Таблица 3.9.

Таблица 3.9

Плащания на работодателите за здравни услуги

Година	2003	2004	2005	2006	2007
Милиони лева	1.22	7.12	8.13	13.74	15.41

Източник: Национален статистически институт, 2010а.

3.7 Механизми за заплащане

3.7.1 Заплащане за здравни услуги

Българските лечебни заведения се финансират чрез различни методи в зависимост от вида на платеща. В системата на задължителното здравно осигуряване лечебните заведения се финансират проспективно за услугите, които предоставят на населението, чрез заплащане на такса за услуга или на глава от населението (капитация). Размерът на заплащането се договаря преди извършване на услугите, за да се намали финан-

совият риск за платеща. Плащанията се извършват след предоставяне на услугите на месечна база. Когато лечебните заведения имат сключен договор с ДДЗО, те се финансират ретроспективно на база такса за услуга. Актуалните методи за заплащане са представени в Таблица 3.10.

Таблица 3.10

Методи за заплащане на лечебните и здравните заведения

	Министерство на здравеопазването	НЗОК	ДДЗО	Споделяне на разходи	Директни плащания
Обществено здравеопазване	ОБ	-	-	-	ТЗУ
Социални дейности	ОБ	-	-	-	-
ОПЛ	-	К, ТЗУ	ТЗУ	ПТ	ТЗУ
Специалисти от извънболничната помощ		ТЗУ	ТЗУ	ПТ	ТЗУ
Болници	ЛД*	КП	ТЗУ	ПТ	ТЗУ
Дентални лекари	-	ТЗУ	ТЗУ	ТЗУ	ТЗУ
Лаборатории	-	ТЗУ	ТЗУ	ТЗУ	ТЗУ

Бележка: ОБ: общ бюджет; К: капитация; ТЗУ: такса за услуга; ЛД: за леглоден; КП: на случай (чрез клинични пътеки); ПТ: потребителски такси (1 или 2% от МРЗ); *в диспансерите.

Деяностите по обществено здравеопазване, извършвани основно от Регионалните здравни инспекции, са финансирани от Министерството на здравеопазването чрез общ бюджет (вж. 6.1 *Анализ на предходни реформи*). Бюджетът на РЗИ се съставя на исторически принцип (основани на разходите от предходната година с отчитане на инфлацията и бюджетния ръст). Някои услуги, извършвани от РЗИ, се заплащат директно от потребителите на база такса за услуга (например лабораторни тестове, извършвани по желание на потребителя).

Други здравни заведения, които се финансират от държавния бюджет чрез бюджета на Министерството на здравеопазването, са центровете за спешна медицинска помощ, държавните психиатрични болници и социалните домове за деца. Държавните психиатрични болници и домовете за деца се финансират за престой на ден от Министерството на здравеопазването, като се поемат всички услуги и разходи за пациент на ден (за сестрински труд, общи разходи, за храна и т.н.), както и капиталовите разходи.

Първичната помощ се финансира основно на капитационен принцип (за услугите, предоставяни от ОПЛ) и чрез такса за услуга (за дейностите на денталните лекари). Първичната медицинска помощ се заплаща от НЗОК на база сключен договор, основан на НРД. Съгласно

договорите заплащането е месечно за осигурен пациент, включен в пациентската листа на ОПЛ. Размерът на катационното заплащане варира за различните възрастови групи. Съласно НРД 2010 ОПЛ получават 1.26 лв. (0.64 евро) месечно за пациент от възрастовата група от 0 до 18 г.; 1.05 лв. (0.54 евро) за пациент от 18 до 65 г. и 1.37 лв. (0.7 евро) за пациент над 65-годишна възраст.

Допълнителни плащания ОПЛ получават за:

- профилактични дейности по програма „Детско здравеопазване“, включително имунизации;
- профилактични дейности по програма „Майчино здравеопазване“ (регулярни медицински прегледи на включените лица);
- диспансерно наблюдение (програма „Диспансерно наблюдение“);
- профилактични дейности за здравноосигурени лица над 18-годишна възраст;
- работа в отдалечени райони и неблагоприятни условия и
- прегледи на здравноосигурени лица от други области.

Всички тези дейности се заплащат на база такса за услуга по цени, определени също в НРД. ОПЛ получават и потребителски такси за всяко посещение на пациентите (1% от МРЗ). Те също получават и такса за услуга за дейности, които не са включени в основния пакет на НЗОК (например издаване на медицинско свидетелство). Първичната помощ се заплаща на база такса за услуга от пациенти, които не са включени в пациентската листа на съответния ОПЛ или са неосигурени.

НЗОК и пациентите или само пациентите заплащат такса за услуга за денталната помощ. НЗОК и Българският зъболекарски съюз договарят цени за органичен брой дентални услуги, включени в основния пакет. Заплащането от НЗОК на доставчиците на дентални услуги е определено в НРД и обхваща само част от общата цена на денталните услуги. Например, съгласно НРД 2010, договорната цена на обстоен профилактичен преглед за снемане на орален статус е 8.24 лв. (4.21 евро). НЗОК заплаща част от тази цена (6.44 лв., 3.29 евро), а пациентът заплаща останалото. Основният пакет включва шест първични, четири специализирани хирургични и шест детски извънболнични дентални услуги.

Специализираната извънболнична помощ и лабораторните услуги се заплащат на база такса за услуга. Националният рамков договор за 2010 г. определя следните цени на специализираните извънболнични дейности:

- първичен преглед при специалист – 14.50 лв. (7.41 евро) (за сравнение: 11.50 лв., 5.88 евро през 2005 г.) и
- вторичен преглед по повод на същото заболяване или състояние – 8.00 лв., 4.09 евро (5.50 лв., 2.81 евро през 2005 г.).

Доставчиците на специализирана извънболнична помощ получават заплащане и за:

- профилактични прегледи на лица, включени в програмите за детско и майчино здравеопазване и лица над 18-годишна възраст, които са част от определени рискови групи. Цените на тези услуги са същите, както за обичайните прегледи;
- психотерапевтичен курс;
- високоспециализирани медицински дейности;
- дейности по медицинска експертиза и
- за случай (клинични пътеки: виж по-долу) за лечебни заведения от извънболничната медицинска помощ (медицински центрове, медико-дентални центрове, диагностично-консултативни центрове) с легла за наблюдение и лечение до 48 часа, ако помощта отговаря на изисквания за изпълнение на клиничните пътеки.

Конкретните цени на тези дейности, както и на диагностичните изследвания, са дефинирани в Националния рамков договор. Специалистите получават потребителска такса за всяко посещение на пациент (1% от МРЗ).

Болниците получават финансиране основно за случаи, наричани в България „клинични пътеки“. Клиничните пътеки са въведени през 2001 г. с НРД и се заплащат по определена цена за пътека. През 2001 г. 158 диагнози са групирани в 30 клинични пътеки. Броят на клиничните пътеки постепенно се увеличава до 298 през 2006 г. и остава същия през 2010 г.

Цените на клиничните пътеки, заплащани от НЗОК, също се променят. Те включват разходите за медицинските дейности, спомагателните услуги, предоставяни на пациентите по време на болничния им престой и до два извънболнични медицински прегледа и консултации след изписването от болницата. Клиничните пътеки са разработени и остойностени от НЗОК, а цените им са обект на договаряне между НЗОК и Българския лекарски съюз. Цените на клиничните пътеки на практика отразяват по-скоро възможността на НЗОК да заплаща, отколкото реалната стойност на болничните услуги. В допълнение към плащанията по клинични пътеки болниците получават и финансиране за медицински продукти, като кохлеарни импланти, сърдечни протези и др.

Болниците получават също и потребителски такси (2% от МЗР за всеки ден болничен престой, но не повече от 10 дни годишно за даден пациент) от задължително здравноосигурени пациенти, които са приети в болницата по клинична пътека, такси за услуги по избор и такива, които не са включени в основния пакет на НЗОК, платени директно от пациентите и плащания от компании за доброволно здравно осигуряване.

Повечето лекарства се заплащат директно от пациентите по пазарни цени. Някои медикаменти (предимно предназначени за лечение на хронични заболявания), които са покрити от ЗЗО, се заплащат напълно или частично по цени, установени в НРД. Определени скъпоструващи медикаменти (например за лечение на онкологични заболявания) се заплащат от Министерство на здравеопазването (вж. 5.6 *Лекарствоснабдяване*).

3.7.2 Заплащане на медицинския персонал

Заплащането на медицинския персонал е различно за отделните професионални групи по отношение на методите и размера. Методите за заплащане на лекарите зависят от това, дали работят в първичната, специализираната или болничната помощ.

По закон общопрактикуващите лекари са собственици на практиките си и техният доход се определя от месечните плащания от НЗОК и разходите за поддръжане на практиките. Разходите на ОПЛ са предимно за наем на помещенията, които използват, медицинско оборудване, материали и сестрински персонал. Най-голям дял в средния месечен доход на ОПЛ има капитационното заплащане (63%) (Национална здравноосигурителна каса, 2011), следвано от плащанията по програма „Детско здравеопазване“ (11%) и програмата за диспансерно наблюдение (11%) (Adamov, 2010; Министерство на финансите, 2010). Друга значима част от приходите на ОПЛ са от потребителските такси и директните плащания. Средното месечно заплащане от НЗОК на ОПЛ е 1897 лв. (970 евро) през 2007 г., 2234 лв. (1142 евро) през 2008 г. и 2344 лв. (1198 евро) през 2009 г. Съотношението приходи/разходи (получените от НЗОК приходи, разделени на разходите) е 1.33 през 2009 г. (Министерство на финансите, 2010).

Специалистите от извънболничната помощ, както и зъболекарите, които са самонаети, получават заплащане на база такса за услуга в различен размер в зависимост от предоставените услуги (вж. 3.7.1 *Заплащане за здравни услуги*). Методите за заплащане на медицинския персонал и за заплащане за медицинските услуги са идентични.

Наетите по трудови договори в публичните или частните медицински и дентални центрове специалисти от извънболничната медицинска помощ и зъболекарите обикновено получават заплата и бонус, свързан с извършената работа. Заплатите на лекарите и бонусите са предмет на договаряне между наетото лице и работодателя. Бонусът обикновено е от 35% до 40% от приходите, получени от НЗОК и директните плащания. Съгласно Колективния трудов договор в здравеопазването от 2010 г. минималната основна месечна заплата на лекар с една специалност е 610 лв. (312 евро), а с две специалности – 640 лв. (327 евро) (Adamov, 2010). Средното месечно заплащане от НЗОК за специалист е 1 210 лв. (619 евро) през 2007 г., 1 359 лв. (695 евро) през 2008 г. и 1 403 лв. (717 евро) през 2009 г. Съотношението на приходите към разходите (приходите, получени от НЗОК разделени на разходите) е 1.54 през 2009 г. (Министерство на финансите, 2010). Подобно на ОПЛ, специалистите също получават значителни приходи от потребителски такси и частни плащания в допълнение към заплащането от НЗОК.

В болничната помощ механизмите за заплащане на лекарите зависят от вида на лечебното заведение (частно или публично). Като цяло се използва комбинация от методи, а това кой ще е водещият зависи от вида на болницата и формата ѝ на собственост. Лекарите, работещи в държавни и общински болници, получават основно заплата и допълнителен бонус съобразно извършена дейност. Бонусите са за услуги, предоставени по договор с НЗОК, или заплатени от пациентите и други източници. Размерът на допълнителните възнаграждения зависи от финансовото състояние на болницата и генерираните приходи. В случай, че публичната болница изпитва финансови затруднения, допълнителните възнаграждения са незначителни или въобще липсват. Съгласно Колективния трудов договор в здравеопазването от 2010 г., минималната месечна заплата (без допълнителните бонуси) за лекар, непосредствено участващ в диагностично-лечебните дейности, е 580 лв. (297 евро). Този договор важи както за публичните, така и за частните болници. За сравнение, МРЗ за страната за 2010 г. е 240 лв. (123 евро), а средната месечна заплата – 857 лв. (952 евро) (Национален статистически институт, 2011б).

В частните болници механизмите на заплащане се договарят в трудовите договори директно между работодателя и наетото лице за всички категории персонал (лекари, специалисти по здравни грижи, зъболекари, фармацевти, управленски и административен персонал, помощен персонал). В повечето случаи вариращите бонуси, свързани с извършената работа, имат съществен дял в доходите на медицинския персонал.

Лекарите и другите професионалисти, работещи в здравни институции, финансирани от бюджета на Министерството на здравеопазването, като националните центрове и РЗИ, получават предимно заплата. Минималните стартови заплати, установени в Колективния трудов договор в здравеопазването, са по-ниски в сравнение с тези в публичните и частните лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, които са регистрирани по Търговския закон.

Медицинските сестри и другите здравни професионалисти (физиотерапевти, лаборанти, зъботехници и помощник-фармацевти), наети в лечебните заведения, обикновено получават заплата. По преценка на работодателя те също могат да получават бонуси, свързани с извършената работа в допълнение към заплатата. Размерът на възнагражденията в тази група варира в широки граници. Например минималното годишно възнаграждение за физиотерапевтите е 19 000 лв. (9 714 евро), а максималното 32 000 лв. (16 360 евро); медицинските сестри с общ профил получават между 15 000 лв. (7 669 евро) и 24 000 лв. (12 270 евро) на година в София в частния сектор⁷ (REED Specialist Recruitment, 2009). Минималната стартова заплата, определена в Колективния трудов договор в здравеопазването, зависи от вида на институцията и позицията и варира от 400 лв. (205 евро) до 500 лв. (256 евро) за месец.

Методите за заплащане на фармацевтите, работещи в болница, са идентични с тези за лекарите и другите здравни професионалисти. Тези, които работят в аптеки и дрогерии, получават заплата, договорена с работодателя според пазарното равнище.

7 Допълнение към оригинала на английски език

4. Материални и човешки ресурси

Планирането и разпределението на лечебните заведения за извънболнична помощ в България са основани на териториалния принцип, заложен в Националната здравна карта и областните здравни карти. Въпреки това, липсата на ограничения за максимален брой лечебни заведения на област и на ясни правила и регулация на болничната помощ води до бързата поява на такива заведения през последните години. Инвестиционните разходи са съобразно държавното или общинското участие в капитала на лечебните заведения. Инвестициите и разходите за поддържане на основния капитал в общинските болници от страна на общините имат низходяща тенденция. Министерството на здравеопазването осъществява различни инвестиционни програми за медицинската инфраструктура, за които лечебните заведения могат да кандидатстват.

Несъвършенствата в организацията на първичната медицинска помощ, географски неравномерното разпределение на общопрактикуващите лекари и липсата на мотивация у персонала в първичните практики води до увеличено използване на специализирана медицинска помощ и увеличаване на равнището на хоспитализация. Броят на болничните легла за активно лечение е над средния за ЕС27, а средният престой е под този в ЕС27 и ЕС15. И за двата показателя тенденцията е низходяща.

Използването на информационните и комуникационни технологии от домакинствата се е увеличило значително през последните години, както и броят на хората, използващи Интернет за информация, отнасяща се до здравето. През 2006 г. е приета национална стратегия за електронно здравеопазване, но интегрирана информационна система за обмен на данни на национално равнище все още липсва.

През първата четвърт на 2009 г. здравните работници, заети в здравната система, са 4.9% от общата работна сила. Сравнен с други страни, относителният дял на лекарите и лекарите по дентална медицина е особено висок, но относителният дял на медицинските сестри остава под средния за ЕС15, ЕС12 и ЕС27. България е изправена пред нараснала професионална мобилност, улеснена от развитието на технологиите, достъпния транспорт и комуникации. Миграцията на медицинските специалисти се превръща в сериозно предизвикателство: през първите девет месеца на 2010 г. повече от 340 лекари и 500 медицински сестри напускат страната.

Четири университета и два факултета на други университети предлагат медицинско образование, докато парамедицински персонал се обучава в 10 колежа. Министерският съвет определя изискванията за получаване на степените на висше образование и специализациите. Професионалните специалности в областта на здравеопазването се определят от Министерството на здравеопазването и се придобиват след издържан държавен изпит пред Държавна изпитна комисия в София. Продължаващото медицинско обучение се организира и провежда от съсловните организации в съответствие със Закона за здравето.

4.1 Материални ресурси

4.1.1 Капитал и инвестиции

През 2009 г. в България има 306 болници (Национален център по здравна информация, 2010). Законът за лечебните заведения от 1999 г. класифицира видовете болници по определени критерии и регламентира преобразуването на съществуващите публични здравни заведения (вж. 5.4 Болнична медицинска помощ). До 1999 г. преобладаващата част от болниците в България са държавна собственост (Закон за лечебните заведения, 1999).

През 2008 г. Законът за регионалното развитие разделя страната на 6 района на планиране: Северозападен, Северен централен, Североизточен, Югоизточен, Югозападен, Южен централен (Закон за регионалното развитие, 2008;). Анализ, направен от Министерството на здравеопазването, предназначен за изработването на концепция за реструктурирането на болничната система, показва наличието на значителни териториални несъответствия в болничния сектор. Основната цел на концепцията е да се осигури равен достъп на населението в ця-

лата страна до всички видове болнична помощ (Министерство на здравеопазването, 2009).

Най-големият брой болници са съсредоточени в Югозападния район (около 109), най-вече поради факта, че там попада столицата и София– област. Северният централен, Северозападният и Югоизточният региони не разполагат с болница, отговаряща на изискванията за висока технологичност и висока специализация по всички медицински специалности. Северноцентралният и Северозападният регион са най-изостанали, като първият е единственият район, в който няма университетска болница.

В отделни болници на страната се отчитат едновременно неравномерно разпределение, свърхпредлагане на някои медицински услуги, недостатъчна натовареност на медицинската апаратура и дублиране на дейности. В резултат на това персоналът се деквалифицира и става неспособен да предоставя висококачествени услуги, което кара пациентите да търсят помощ другаде. Това се отнася особено за общинските болници, които, от една страна, извършват дейности, характерни за извънболничната помощ, предвид нуждите на населението, а от друга – дублират дейности, осъществявани и в областните болници, но на далеч по-ниско качество и в по-малък обем.

Преди въвеждането на здравноосигурителната система текущите разходи и инвестициите на публичните здравни заведения са изцяло поети от държавния бюджет. Понастоящем държавата и общините могат да финансират държавните или общинските лечебни заведения чрез целеви субсидии, одобрени със Закона за държавния бюджет и с общинските бюджети. Тези субсидии се отпускат за: придобиване на дълготрайни материални активи, основен ремонт, свързан с преустройство на лечебните заведения, информационни технологии и системи и др.

Капиталовите разходи от бюджета на Министерството на здравеопазването, предназначени за държавните лечебни заведения с общинско участие в капитала, нарастват от 6.1 млн. лв. за 2000 г. (3.1 млн. евро) на 17.7 млн. лв. за 2009 г. (9.0 млн. евро), като за целия период те възлизат на 115.1 млн. лв. (58.8 млн. евро). Преобладаващата част от тези разходи са за основен ремонт на сградния фонд на болниците и за закупуване на медицинска апаратура. След преобразуването на областните болници през 2000 г. финансирането на капиталовите разходи и разходите за основен ремонт се осигурява главно от държавата. Като правило, участието на общините в издръжката на болничните лечебни заведения е символично. В малкото случаи, в които отделни общини осигуряват

средства за издръжка и инвестиции, тези средства нямат съществено отражение върху финансовото състояние на болниците. Освен това е налице трайна тенденция към намаляване на отделяните средства за издръжка и инвестиции в общинските болници. Така инвестициите в болниците се очертават като една от основните проблемни области, която трябва да стане приоритет при формирането на здравната политика.

През 2004 г. е създаден револвиращ инвестиционен фонд в рамките на Инвестиционна програма на Министерството на здравеопазването по проект „Реформа в здравния сектор”, финансиран по заем със Световната банка. Фондът предоставя безлихвен финансов лизинг на болници с цел инвестиции в медицинска инфраструктура – медицинско оборудване и обзавеждане. Основната му цел е да се създаде устойчива схема на инвестиции в системата на здравеопазването, базирани на обективен анализ на потребностите и адекватно планиране. С оглед на това, селекционният процес на фонда се основава на ясни критерии и прозрачни процедури, като се обръща особено внимание на спазване от страна на получателите на финансова дисциплина и постигане на оптимално качество. През първата фаза на проекта, приключила през октомври 2007 г., са сключени договори с 30 лечебни заведения на стойност около 5 млн. евро, а договори с още 23 лечебни заведения на стойност около 3,5 млн. евро са сключени след това. Средствата постъпват в болниците според техните погасителни планове. В Министерството на здравеопазването се води подробна информация за закупената апаратура от всяка институция, както и за сумите, които подлежат на възстановяване.

Държавните лечебни заведения могат да кандидатстват за средства по Оперативна програма „Регионално развитие“ 2007-2013 г., одобрена от ЕС през 2007 г. 148 млн. лв. (75.7 млн. евро) се предоставят на България по линия на програма „Подкрепа за реконструкция, обновяване и оборудване на държавни лечебни и здравни заведения в градските агломерации”, като бенефициент е Министерството на здравеопазването. За болниците са предвидени 79.9 млн. лв. (40.9 млн. евро), като право на кандидатстване имат близо 20 болници от шестте района на планиране в страната. Максималният размер на всеки отделен проект е от 5 до 10 млн. лв. (2.5-5 млн. евро), като средствата се предоставят за ремонт, реконструкция и/или оборудване. Целта е подобряване на качеството на услугите и равен достъп до тях чрез превръщането на лечебните заведения във високотехнологични болници, предлагащи еднотипни високоспециализирани медицински дейности. Още 58 млн. лв (30 млн. евро) са предвидени за модернизацията на апаратура за лъчетерапия, с които се финансират 3 лечебни заведения, определени според Концепцията

за реструктуриране на болничната помощ (Министерство на здравеопазването, 2009). При успешно реализиране на Оперативната програма България ще може да кандидатства от 2014 г. за европейско финансиране в областта на здравеопазването в размер на 3 млрд. евро (Ministry of Regional Development and Public Works, 2010).

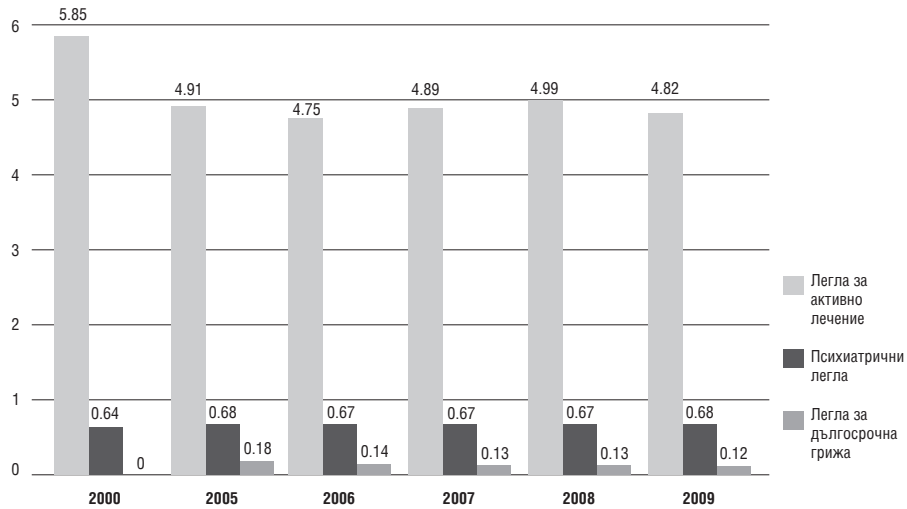
4.1.2 Инфраструктура

Болничната помощ се осъществява от лечебни заведения, които в основната си част са търговски дружества, собственост на държавата, на общините и на частни лица. През последните години се забелязва известна тенденция за увеличаване на броя на болниците, предимно за сметка на откриване на частни болници. През 2001 г. общият брой на лечебните заведения за болнична помощ е 293 с 56 984 легла, а лечебните заведения за извънболнична помощ са били 1190 с 367 легла. За сравнение, през 2009 г. броят на лечебните заведения за болнична помощ достига 352 с 50 041 легла, а броят на тези за извънболнична помощ и леглата в тях нарастват респективно на 1715 и 856 (National Statistical Institute, 2010a). През 2008 г. осигуреността с болници на 100 000 души от населението е 4.6, която е по-висока от средната за ЕС – 2.62. По-висока осигуреност с болници от тази в България има само Финландия – 5.82 (WHO Regional Office for Europe, 2010).

На Фиг. 4.1 е показано как след 2000 г. се променя броят на леглата в болниците за активно лечение, психиатричните болници и болниците за долекуване и продължително лечение. В периода 2000-2009 г. се наблюдава низходяща тенденция в броя на леглата в болниците за активно лечение, като след това показателят се стабилизира. В противовес на това, броят на леглата в психиатричните болници и в болниците за долекуване и продължително лечение остава постоянен. Средният престой на лекуван болен също бележи тенденция към снижаване: от 13.7 дни през 1990 г. той пада на 6.8 дни през 2009 г., по-нисък от средния за ЕС. От избраните за сравнение страни Румъния има най-близки стойности за средния престой до тези у нас (Фиг. 4.2). В България най-дълъг среден престой има за домашния стационар (15.4 дни), следван от престоя в болниците за долекуване и продължително лечение (12.8 дни), за активно лечение (7.3 дни) и за реанимация и интензивно лечение (4.1 дни) (Georgieva et al., 2007). Тези показатели, обаче, не отразяват различията в отделните болнични заведения.

Фиг. 4.1

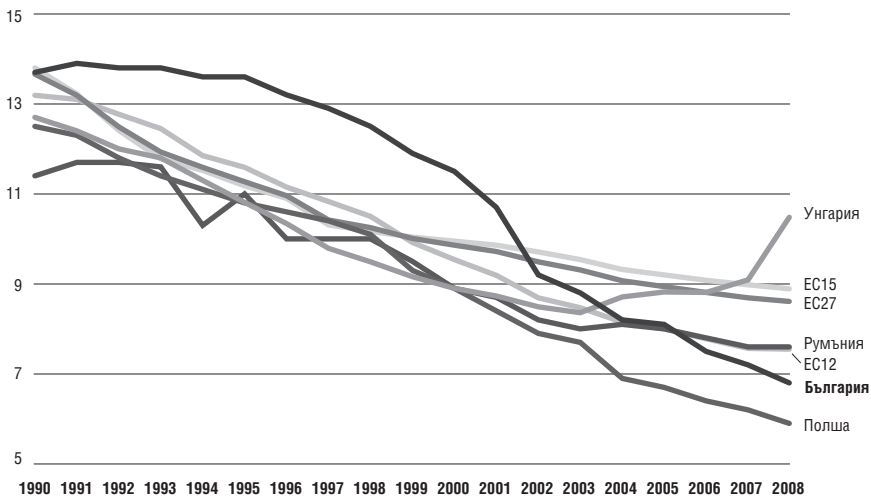
Брой на леглата в болниците за активно лечение, психиатричните болници и болниците за продължително лечение на 1000 души, 2000–2009 г.



Източник: WHO Regional Office for Europe, 2010 (за леглата за активно лечение и за психиатричните болнични легла); Национален статистически институт, 2010б (за леглата за продължително лечение).

Фиг. 4.2

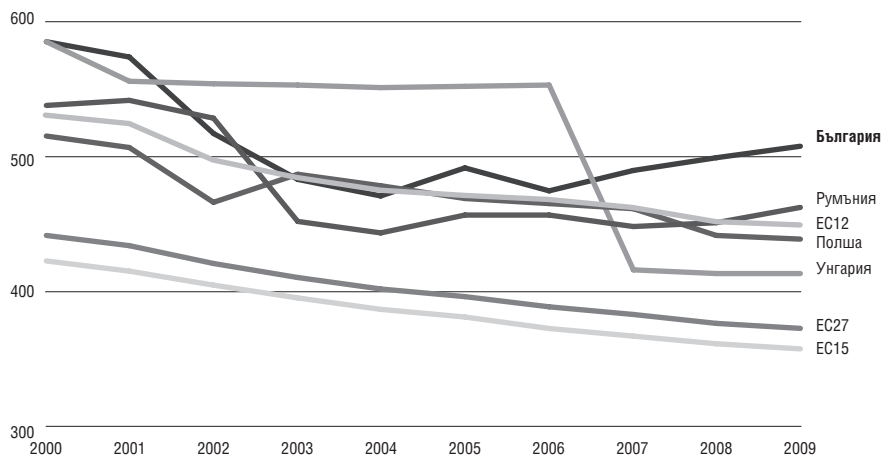
Среден престой (в дни), всички болници, 1990–2008 г.



Източник: WHO Regional Office for Europe, 2010.

Фиг. 4.3

Брой на леглата в болници за активно лечение на 100 000 души в България и избрани страни, 2000-2009 г.



Източник: WHO Regional Office for Europe, 2010.

Фигура 4.3 показва сравнението на броя на леглата за активно лечение на 100 000 души население между избрани страни. Намалението от 20% през 2000-2004 г. отразява големите усилия на национално равнище и политическата воля за провеждане на реформи. Независимо от усилията, обаче, броят на леглата за активно лечение на 100 000 души е все още по-висок от средния за ЕС12, ЕС27, както и по отношение на сравнимите страни.

В приетата през средата на декември 2010 г. Концепция за по-добро здравеопазване на България се предвижда реструктуриране на болничната система с цел повишаване на нейната ефективност (Министерство на здравеопазването, 2010б). Основните приоритети в тази област са следните:

- Ревизия на болничната мрежа и отстраняване на структури, неотговарящи на европейските медицински стандарти, както и дублиращи се структури;
- Окръпняване на различни болнични отделения с цел оптимизация в броя на леглата (предвижда се броят на леглата през 2012 г. да бъде 3.5/1000);
- Развитие на болниците за долекуване и продължително лечение;
- Разработване на индикатори за ефективност на болничната дейност, стандарти и норми за различните медицински и хирургически дейности и
- Въвеждането на по-ефективни методи за финансиране на болниците и непрекъснато повишаване на качеството на болничната помощ.

4.1.3 Медицинско оборудване

Както беше споменато по-горе, лечебните заведения с държавно или общинско участие в капитала получат целеви субсидии за закупуване на скъпоструващо медицинско оборудване. С пререгистрацията на лечебните заведения в търговски дружества те са длъжни да провеждат процедура на договаряне за доставка и монтаж на машини, съоръжения и технологично оборудване по Закона за обществените поръчки. Обявите за възлагане на обществените поръчки се изпращат за обнародване в електронната страница на „Държавен вестник” и до Агенцията по вписванията в Регистъра на обществените поръчки (Закон за обществените поръчки 2004). Понастоящем материално-техническата база на държавните и общинските здравни и лечебни заведения е остаряла и изисква огромен финансов ресурс за модернизиране и поддържане на сградния фонд и реновиране на медицинското оборудване и апаратура. Според Министерството на здравеопазването обезпечеността с медицинска апаратура в България е на относително добро ниво, с изключение на ядрено-магнитните резонанси и апаратурата за лъчетерапия, въпреки че броят на апаратите е все още нисък в сравнение с европейските класификационни цели (Таблица 4.1). Освен това, неравномерното географско разпределение създава неравнопоставен достъп на населението до тази апаратура (Национален център по здравна информация, 2009).

Таблица 4.1

Високотехнологично медицинско оборудване за образна диагностика

Вид	Брой апарати (2008)*	На милион население (2005)**	Европейски класификационни цели (на милион)*
Ядрено-магнитни резонанси	19	3	5–10
СТ скенери	151	16	10–19
РЕТ скенери	2 (2010)	-	-
Апаратура за лъчелечение	30	n/a	-
Ангиографи	26	n/a	-

Източници: *Министерство на здравеопазването, 2009, **Eurostat.

4.1.4 Информационни технологии

По данни на Националния статистически институт разпространението на информационно-комуникационните технологии в домакинствата се е увеличило значително през последните години. През 2009 г. делът на лицата, които регулярно използват Интернет, е 39.7%, а 31.7 % от домакинствата притежават компютър. Най-активната възрастова група е

от 16 до 24 години, като делът на лицата, които прекарват времето си в глобалната мрежа от тази група, е достигнал 75.1% през 2009 г. Делът на предприятията с достъп до Интернет през 2009 г. е 83.9%, расте и броят на заетите, които използват Интернет за професионални нужди поне веднъж седмично. Броят на лицата, използващи Интернет за търсене на информация, свързана със здравето, нараства от 14.7% от населението през 2004 г. на 23.5% през 2009 г. (Национален статистически институт, 2010в).

Резултати от проучване на ЕС за електронните комуникации показват, обаче, че България заема последно място по достъп до персонален компютър, Интернет връзка и електронна търговия. В допълнение, България (заедно с Румъния, Латвия и Литва) е сред страните, в които е по-използван кабелен интернет, вместо ADSL (European Commission, 2010с).

Според експертни оценки на НЗОК, 90-95% от ОПЛ ползват компютри през 2004 г., а до края на 2005 г. този процент нараства до 100, тъй като в края на 2004 г. 5471 ОПЛ получават компютър от НЗОК по проект на Световната банка. Но към края на 2005 г. само 75% от ОПЛ и 8.5% от лекарите-специалисти в специализираната извънболнична помощ се отчитат по електронен път. В 154 болници в страната е внедрена софтуерна система за електронно отчитане към НЗОК. От тях 110 предават отчети по електронен път (но продължават да се отчитат и на хартиен носител). Всички болници имат достъп до Интернет, но пред голяма част от тях стои дълъг път до ефективното използване на информационните технологии.

През 2006 г. е разработена и приета Национална стратегия за внедряване на електронно здравеопазване. Въведена е Единната информационна система за документооборота (DocFlow). Министерството на здравеопазването също започва да предоставя възможност за достъп до регистри и да предлагат електронни услуги. Основните цели на стратегията са:

- Изграждане на интегрирана информационна система за обмен на информация между заетите в сферата на здравеопазването (между лечебни, учебни, научни, финансови и административни звена);
- Внедряване на електронни здравни карти (с микропроцесор, позволяващ достъп до персонална здравна информация), наречени още „здравни паспорти“;
- Внедряване на софтуерни приложения за комплексно обработване на информацията в реално време (електронни направления, рецепти, лабораторни данни и пр.);
- Изграждане на комплексни болнични информационни системи, интегрирани помежду си, както и с външни приложения;

- Създаване на пълно електронно медицинско досие на пациента;
- Изграждане на електронна инфраструктура за нормално функциониране на системата на здравеопазването (мрежи, свързващи устройства и други);
- Изграждане на подходяща база за развиване на телемедицински проекти;
- Подобряване на стандартизацията и информационната сигурност;
- Подобряване на информираността и обучението в електронни приложения;
- Развиване и прилагане на стандартите за добри практики и нормите за оперативна съвместимост.

Финансирането на стратегията се извършва на програмен и проект-но ориентиран принцип. Източниците на финансиране включват държавния бюджет, Европейски фондове, публично-частно партньорство и дарения.

4.2 Човешки ресурси

4.2.1 Тенденции в медицинския персонал

България има сравнително добра осигуреност с медицински персонал, с едно голямо изключение – този на медицинските сестри, като се наблюдава възходяща тенденция в броя на персонала с висше образование. Съществува разнообразие в броя на различните професионални групи в системата, както и в динамиката на промените (Таблица 4.2) (WHO Regional Office for Europe 2010; National Center for Health Informatics 2010; Adamov et al., 2010).

Таблица 4.2

Медицински персонал на 1000 души от населението, 1990–2008 г.

	1990	1995	2000	2005	2008
Лекари (общо)	3.17	3.46	3.37	3.64	3.60
Лекари в първичната помощ (ОПЛ)	–	–	0.67a	0.68	0.63
Медицински сестри	6.21a	5.75a	3.85	4.04	4.24
Акушерки	0.84	0.79	0.51	0.45	0.44
Лекари по дентална медицина	0.68	0.65	0.83	0.84	0.82
Фармацевти	0.49	0.22	0.12	0.05*	0.05*
Лаборанти (клинични и рентгенови)	0.88	0.84	0.73	0.75	0.75
Зъботехници ^a	0.33	0.29	0.16	0.18	0.19
Помощник-фармацевти ^a	0.47	0.18	0.08	0.03	0.03

Източник: WHO Regional Office for Europe, 2010; ^aНационален център по здравна информация, 2010.

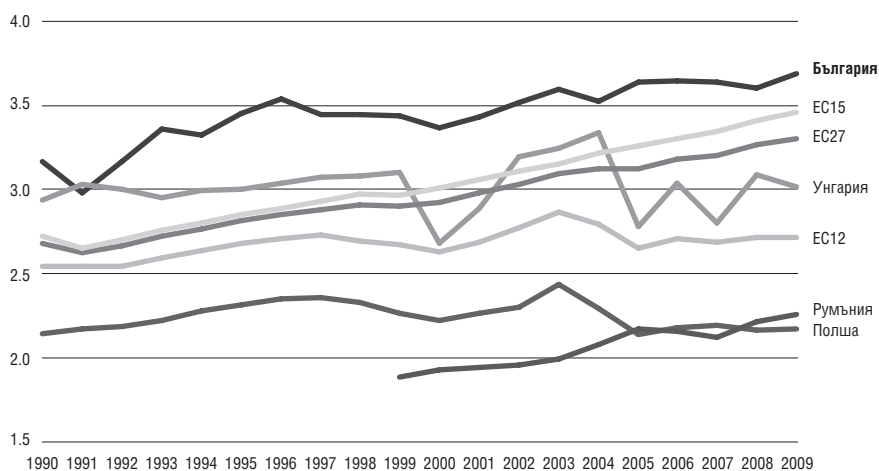
* Фармацевти, работещи в здравните заведения.

Броят на ОПЛ е нисък в сравнение с този на специалистите. В България общата медицина е въведена като специалност през 2001 г., а още през 2000 г. на специалистите по вътрешни болести и педиатрите е дадена възможност да се преквалифицират като ОПЛ, за да се посрещнат нуждите на новата здравноосигурителна система. Тези лекари не са първоначално обучени като ОПЛ, а изискването да се преквалифицират, за да могат да изпълняват функцията на „пазачи на входа”, е непрекъснато отлагано (крайният срок засега е 2015 г.). Актуално проучване сред пациентите показва липса на доверие в семейните лекари, нисък брой на профилактичните прегледи, често пренебрегване на първичната помощ и търсене на директен контакт със специалистите. Налице са значителни неравновесия: общият брой на ОПЛ е сравнително нисък (0.63 на 1000 души население в сравнение със средна стойност за ЕС от 0.85 през 2008 г.), като 17.8% от позициите в някои изостанали райони остават непопълнени (World Bank, 2009). Броят на ОПЛ пада с 8% между 2000 и 2008 г., като се очаква следващите няколко години да се пенсионират още лекари, тъй като средната им възраст е над 50 години. Спадът може да бъде отчасти обяснен и с ограничения прием на студенти по медицина в началото на 90-те години.

През периода 1990-2008 г. осигуреността с лекари в България стабилно се увеличава. През този период тя постоянно превишава средната за ЕС15, ЕС12 и ЕС27 и е много по-висока от съответните стойности в Румъния и Полша, страни, които са сред тези с най-ниска осигуреност в региона (Фиг. 4.4).

Фиг. 4.4

Брой на лекарите на 1000 души в България и избрани страни, 1990 – 2009 г.

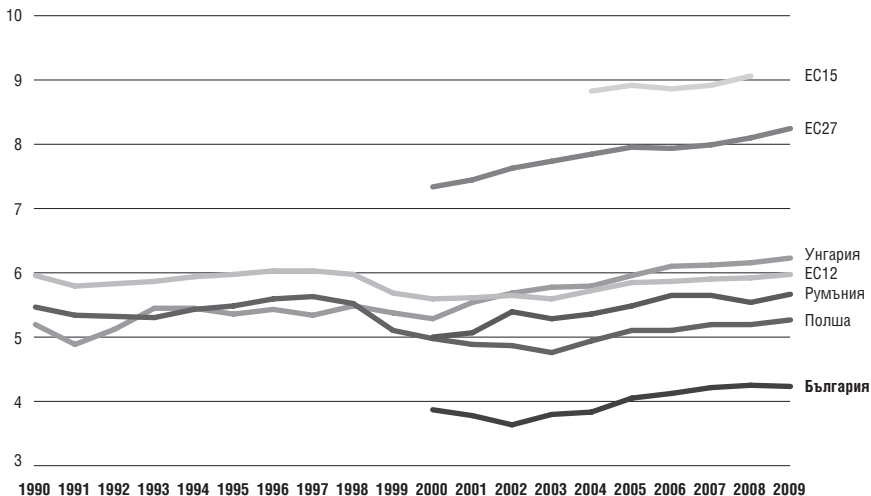


В България през 2009 г. най-висока е осигуреността със специалисти по вътрешни болести (2.0 на 10 000 души), следвана от тази с гинеколози и педиатри (1.8 на 10 000 души), както и с хирурзи (1.6 на 10 000 души), разпределение, което остава относително стабилно през последните години (National Statistical Institute, 2010).

Броят на медицинските сестри на 1000 души е намалял почти два пъти между 1990 и 2002 г. (след пик от 6.2 през 1990 г. следва най-ниска точка от 3.6 през 2002 г. – Таблица 4.2). Фигура 4.5 показва, че България има много нисък дял на медицинските страни в сравнение със средните за ЕС и другите страни в региона. След 2005 г. има лек възходящ тренд, но най-квалифицираните сестри търсят работа в чужбина поради ниското признание и неадекватното заплащане в България. Това води до значителни загуби на сестрински персонал. В противовес на това, осигуреността с акушерки е по-висока от средната в ЕС27, но също демонстрира низходяща тенденция. В обобщение, през 2008 г. България превишава средните европейски показатели за брой на лекарите, но има един от най-ниските показатели за брой на медицинските сестри в Европейския регион (Фиг. 4.6).

Фиг. 4.5

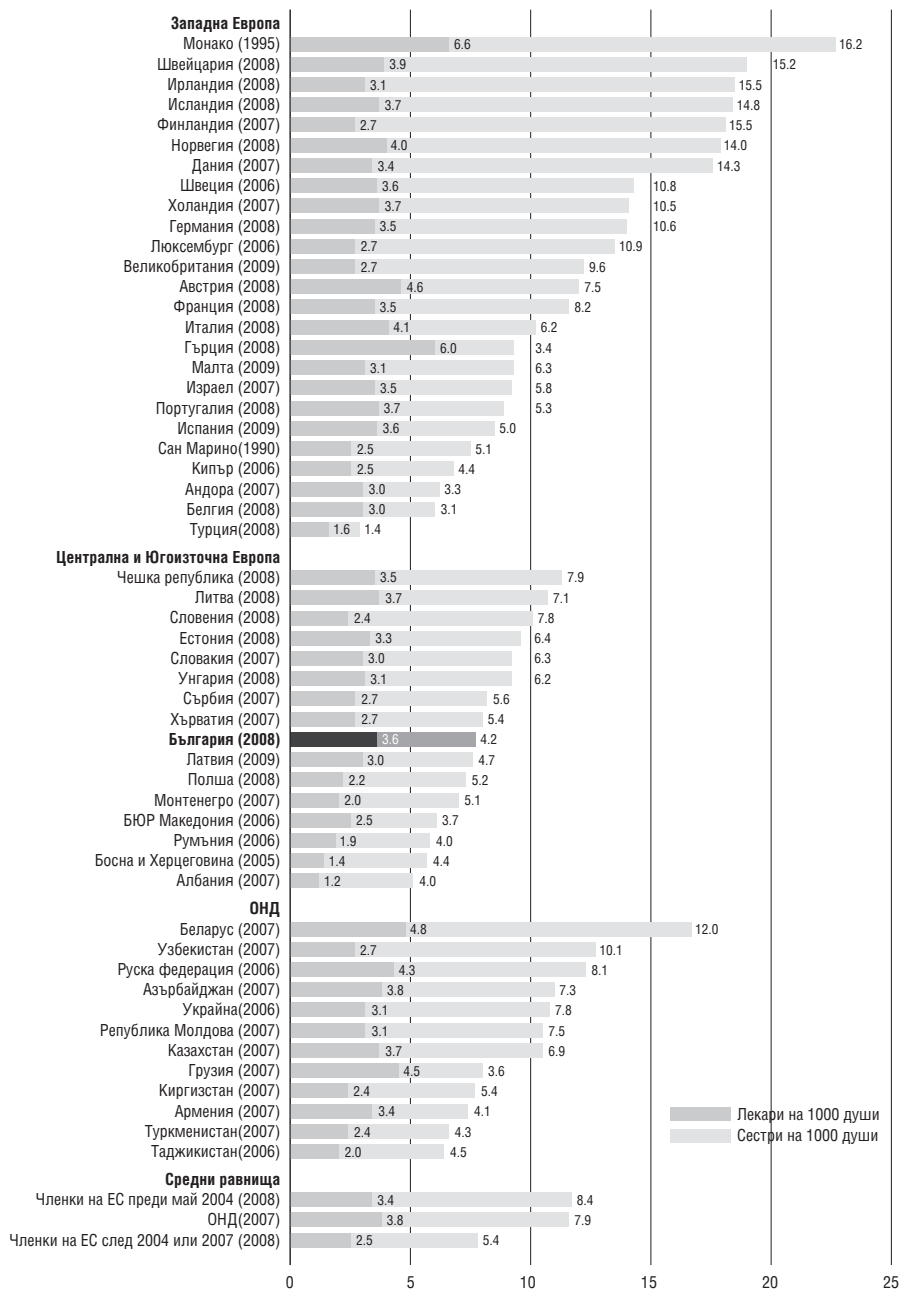
Брой на медицинските сестри на 1000 души в България и избрани страни, 1990 – 2009



Източник: WHO Regional Office for Europe, 2010.

Фиг. 4.6

Брой на лекарите и медицинските сестри на 1000 души в Европейския регион на СЗО, 2008 г.

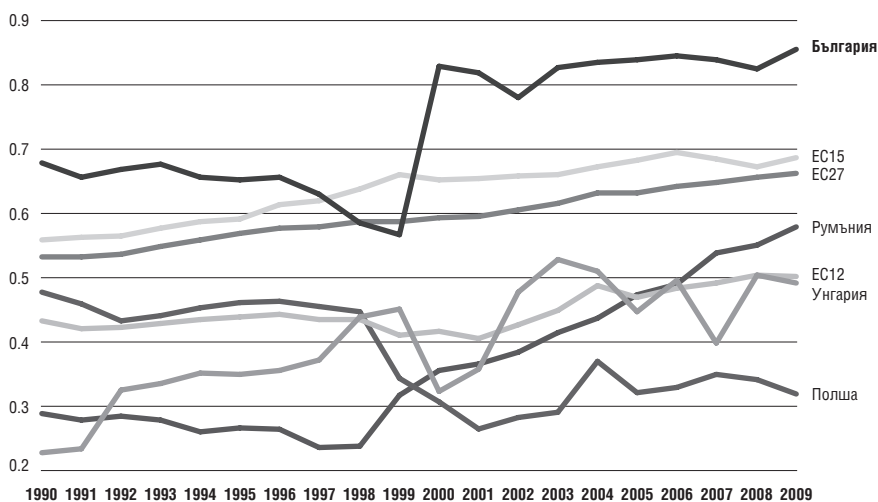


Източник: WHO Regional Office for Europe, 2010.

България е била и все още е една от страните с най-голяма осигуреност с лекари по дентална медицина в Европа. Броят им нараства устойчиво от 90-те години и достига най-високата си стойност 0.84 на 1000 души през 2006 г., а след това леко намалява (Таблица 4.2). Броят им е приблизително с 40% по-висок от средния за ЕС12 и 25% от този за ЕС (Фиг. 4.7). Този феномен може да бъде обяснен с увеличения прием на студенти по дентална медицина през 70-те и 80-те години и липсата на ценови регулации за денталните услуги през 90-те години (Georgieva et al., 2007). Огромният скок в броя на лекарите по дентална медицина между 1999 и 2000 г. е резултат на приемането на закон в края на 1999 г., въвеждащ задължителната регистрация преди започване на частна практика. Броят на този вид специалисти се очаква да нарасне още повече след откриването на Факултет по дентална медицина във Варна. От друга страна, броят на зъботехниците намалява (Таблица 4.2) и винаги се е характеризирал с неравномерно географско разпределение.

Фиг. 4.7

Брой на лекарите по дентална медицина на 1000 души в България и избрани страни, 1990-2009 г.



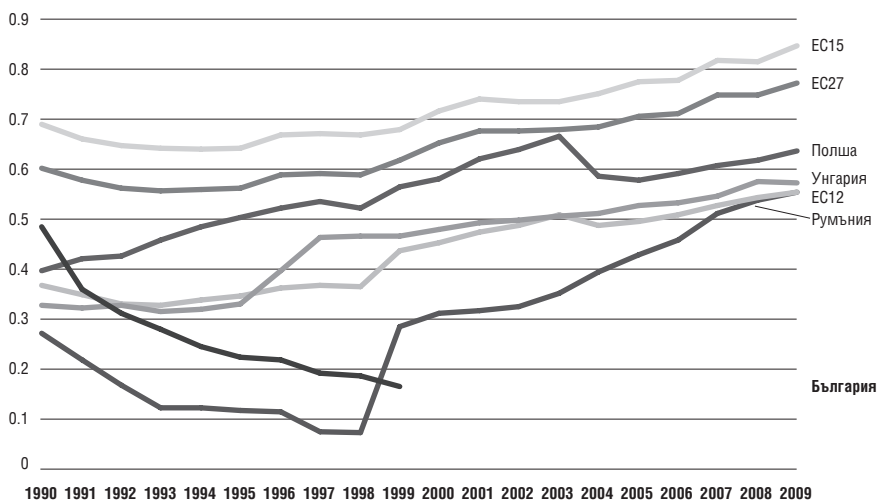
Източник: WHO Regional Office for Europe, 2009.

Броят на фармацевтите устойчиво расте след 1990 г., изпреварвайки средния за ЕС12 (Georgieva et al., 2007). Този тренд се променя драстично, като броят намалява от 0.48 фармацевти на 1000 души на 1990 г.

до 0.12 през 2000 г., което определя място на България сред страните с най-ниска осигуреност в ЕС през тази година (Фиг. 4.8). За съжаление, липсват по-нови данни. Значителният спад на броя на фармацевтите и помощник-фармацевтите след 2000 г., показан в Таблица 4.2, се дължи на факта, че броят включва само работещите в болничните аптеки. Тази промяна в събирането на данни прави информацията ненадеждна и обяснява липсата на данни в WHO Health for All Database(HFA-DB). Общото намаление на броя отчасти се дължи на големия дял на този вид професионалисти, наемани от чуждите фармацевтични компании в страната, предлагащи им по-високи заплати и гъвкаво работно време. Очаква се двата нови факултета по фармация в медицинските университети в Пловдив и Варна да допринесат за постепенното увеличение на фармацевтите в бъдеще.

Фиг. 4.8

Брой на фармацевтите на 1000 души в България и избрани страни, 1990–2009 г.



Източник: WHO Regional Office for Europe, 2010.

В България все повече се разпространява използването на допълваща и алтернативна медицина за подобряване на индивидуалното здраве. Законът за здравето (2005) узаконява алтернативното лечение, като хомеопатията, акупунктурата, акупресурата и други нетрадиционни методи, както и използването на нелекарствени продукти с органичен

и минерален състав. Всички практикуващи допълваща и алтернативна медицина трябва да се регистрират в Регионалните центрове по здравеопазване и да декларират методите, които използват. Само висшисти с магистърска степен по медицина или дентална медицина могат да практикуват хомеопатия. Всички други алтернативни лечители могат да практикуват с бакалаварска степен, получена в медицински университет и дори при успешно завършени четири семестъра на обучение по медицина. В момента има 1666 магистри по медицина и дентална медицина, завършили хомеопатични курсове (Adamov et al., 2010).

4.2.2 Професионална мобилност на медицинския персонал

Миграцията в България се развива в резултат на демократичните промени, разширението на ЕС и икономическата и културна глобализация. Преди 1989 г. България има много ограничен миграционен профил, но след демократичния преход тя става пълноправен участник в миграционните процеси в европейски и световен мащаб. Бързият технологичен напредък, доброто развитие на транспорта и комуникациите, както и отворените граници благоприятстват нарастването на професионалната мобилност на медицинските специалисти.

През 2000 г. 1856 български лекари са наети в страните на ОИСР, като 6.2% от всички лекари със степени от български академични институции понастоящем мигрират в тези страни (Moutafova, 2009). Този масов отлив на медицински специалисти се превръща в сериозен проблем за българската здравна система: само през 2009 г. около 450 лекари напускат страната, а през първите 9 месеца на 2010 г. ги последват още 340 лекари и 500 медицински сестри. Лекарите се насочват главно към Германия (която предлага най-добри условия за работа и затова е предпочитана страна), Франция, Великобритания и САЩ, а известен интерес се проявява и към Норвегия, Швеция и Австралия. Привлекателна дестинация за медицинските сестри са Великобритания, Италия, Испания и Гърция. Повечето от лекарите започват работа в болници или частни клиники. Европейските болници активно набират млади здравни кадри на различни международни форуми, предлагайки атрактивна работа и възможности за специализация. Българските специалисти отговарят на всички европейски изисквания за работа в здравния сектор.

Факторите, отблъскващи кадрите от България, са комплексни: липсата на средства в здравната система, недостатъчното медицинско оборудване, ниското удовлетворение и престиж, серията неуспешни реформи и пр. Но един от най-важните проблеми е ниското равнище на

заплатите в публичния сектор, което е под средното за Европа. Увеличената професионална мобилност засяга особено кадрите от някои специалности, като анестезиология, акушерство и гинекология, пулмология и психиатрия и има неблагоприятен ефект върху области като епидемиология и контрола върху инфекциозните болести както от гледна точка на достъпа, така и на качеството на обслужване. Този отлив на здравни професионалисти създава сериозни предизвикателства пред българската здравна система, но може да бъде смекчен чрез подходяща политика, адресирана към ниското възнаграждение и неблагоприятните условия на работа.

4.2.3 Обучение на медицинския персонал

Понастоящем обучението на лекари се извършва в четири медицински университета и два медицински факултета. Всеки от медицинските университети в София, Пловдив и Варна имат по четири факултета: медицина, дентална медицина, фармация и обществено здравеопазване. Медицинският университет в Плевен има три факултета: медицина, обществено здраве и здравни грижи. Факултетът по медицина в Стара Загора е основан като Висш медицински институт по медицина в рамките на Медицинска академия-София. Той остава като независимо висше училище до 1995 г., когато се слива с Тракийски университет – Стара Загора. От друга страна, Факултетът по медицина, принадлежащ към Софийския университет „Св. Климент Охридски” между 1917 и 1950 г., е възстановен през 2003 г. и отново е част от СУ.

Висшето медицинско образование продължава шест години и включва пет години теоретична подготовка и една година практика, завършвайки с пет държавни изпита през финалната година. В началото на предходното десетилетие учебният план е реорганизиран, включвайки 90 часа обща медицина и съответствайки по-пълно на изискванията на Правилника за придобиване на магистърска степен в страната. След като приключат обучението си за придобиване на специалност и положат успешно изпит, лекарите трябва да се регистрират в Министерството на здравеопазването и да получат удостоверение за придобита професионална квалификация.

Обучението по дентална медицина продължава пет години, последвани от половин година практика. Учебният план включва фундаментални и специални дентални дисциплини, като часовете по специалните предмети постепенно се увеличават от първата до петата година. Студентите завършват обучението си с държавен изпит.

Магистър-фармацевтите се обучават пет години и обучението им е организирано на три нива. Първото равнище осигурява фундаментални професионални знания, второто е ориентирано към специфични знания и умения за професията. Студентите могат да се специализират в обща или промишлена фармация, като изборът им трябва да бъде направен след шестия семестър. Третото равнище е практика и се провежда в аптеки, дрогерии, фармацевтични компании и/или лаборатории за лекарствен контрол, официално признати за това. Образователно-квалификационната степен се присъжда при успешно положен държавен изпит или защитена магистърска теза. Специалностите „Медицина“, „Дентална медицина“ и „Фармация“ се предлагат само в редовно обучение и студентите завършват с образователно-квалификационната степен „магистър“.

Всички факултети по обществено здравеопазване в медицинските университети предлагат бакалавърска и магистърска степени по различни специалности: „Здравен мениджмънт“, „Обществено здравеопазване“, „Медицинска сестра и акушерка“, „Управление на здравните грижи“. Нарасналото търсене на този вид обучение през последните години е причината за създаване на самостоятелни Факултети по обществено здравеопазване в рамките на медицинските университети.

Медицински сестри и акушерки се подготвят в медицинските университети. Тяхното обучение продължава четири години и завършва с бакалавърска степен. Този вид специалисти могат да продължат обучението си в подходящи програми и да получат магистърска степен, избор, направен от повече от половината випускници (55%), с оглед на по-нататъшното си развитие, по-висока конкурентоспособност и по-добро заплащане (Торньова, Шопов, 2008). Следдипломното обучение се предоставя от Асоциацията на професионалистите по здравни грижи и не е задължително.

Парамедицинският персонал (медицински и рентгенови лаборанти, помощник-фармацевти, рехабилитатори, зъботехници и пр.) може да получи образование в 10 медицински колежи, шест от които са част от медицинските университети. Тези колежи се акредитират според Закона за висше образование и предлагат степен „професионален бакалавър“ в областта на здравеопазването. Образователните програми и учебните планове на колежите са обновени благодарение на проект по програма PHARE, финансиран от ЕС, за развитието на парамедицинското обучение в България, проведен със сътрудничеството на експерти от Франция и Белгия. По същия проект се разработва бакалавърска програма по управление на здравните грижи за медицински сестри и

парамедицински специалисти, която се предлага в три университетски центъра: в София от 1995 г., в Плевен след 1996 г. и в Пловдив след 1997 г. (Georgieva et al., 2007).

По предложение на министъра на образованието, младежта и науката и въз основа на предложения на университетите Министерски съвет утвърждава държавни изисквания за придобиване на висше образование по образователно-квалификационни степени и по специалности от регулираните професии (лекари, дентални лекари, фармацевти, медицински сестри, акушерки и всички парамедицински професии). Министерският съвет също утвърждава броя на приеманите за обучение студенти и докторанти в тях в съответствие с капацитета на висшето училище, на професионалните направления и на специалностите от регулираните професии.

Професионалните специалности, придобивани от медицинския и немедицинския персонал в системата на здравеопазването, се регулират чрез Наредба на Министерството на здравеопазването. Висшият медицински съвет и други консултативни съвети към Министерството на здравеопазването предоставят експертно мнение относно образователните учебни планове и промени в номенклатурата на специалностите. Те още правят предложения за подобряване на обучението и относно стойността на обучението. Университетите организират, регистрират и контролират обучението за придобиване на образователно-квалификационните степени по отделните специалности. Практическото обучение се извършва в университетите, акредитираните лечебни заведения, регионалните здравни инспекции и други здравни институции, посочени от министъра на здравеопазването. Повечето специалности изискват най-малко четири или пет години обучение с изключение на общата медицина, която изисква три години, и предполагат теоретична и практическа част. Медицинските сестри и акушерките също се специализират в съответствие с горепосочената наредба, като специализацията отнема една година. Всички специализации завършват с държавен изпит, полаган пред държавна изпитна комисия в София.

Продължаващото медицинско обучение се предлага и организира от съсловните организации на медицинските специалисти в съответствие със Закона за здравето. Има различни форми на такова обучение: курсове, семинари, конференции, конгреси, презентации, работни срещи, дистанционно обучение и пр. Лекарите могат да избират курсовете, в които искат да участват. За оценка на представянето на специалистите на тези обучения се използва кредитна система, но критериите ѝ се нуждаят от усъвършенстване.

4.2.4 Кариерно развитие на лекарите

След завършване се изисква по закон здравните специалисти да станат членове на съответните професионални организации чрез регистрация в РЗИ. След придобиване на магистърската степен по медицина лекарите обикновено кандидатстват за придобиване на специалност. След придобиване на специалност лекарите могат да започнат да работят в болница. Израстването по време на болничната им кариера се извършва на основата на специалността и продължителността на стажа. Предложенията за израстване се правят от началниците на клиники и се одобряват от болничното ръководство.

Друга възможност за лекарите е да започнат работа като ОПЛ след успешно завършване на тригодишно обучение. ОПЛ са „пазачи на входа“ в българската здравна система и в повечето случаи предпочитат да работят на индивидуални практики. Делът на работещите в групови практики през 2008 г. е само 21% (Комитов, Генов, 2009).

От средата на предишното десетилетие много атрактивна става професията на фармацевтичните представители поради гъвкавото работно време и доброто заплащане. Особено популярна в последно време е кариерата в чужбина. Основните изисквания пред кандидатите са: да са завършили успешно висше медицинско образование, да представят документ за призната специалност, трудов стаж в съответната област на медицинската професия и да владеят добре езика на приемащата страна.

4.2.5 Кариерно развитие на другите медицински специалисти

Регистрираните медицински сестри, независимо от образователно-квалификационната си степен, са задължени да преминават през курсове на специализация. Медицинските сестри и акушерки с бакалавърска и магистърска степен по управление на здравни грижи могат да участват в конкурси за управленски позиции (старши сестри/акушерки, главни сестри/акушерки, директори на детски ясли). Законът за лечебните заведения регламентира изискванията за тяхното кариерно развитие. Конкурсите се обявяват от работодателя в централната и местна преса.

5. Предоставяне на здравни услуги

Здравни услуги в България се предлагат от различни здравни и лечебни заведения, работещи в публичния или в частния сектор. Услугите в областта на общественото здраве са ангажимент и отговорност на държавата и тяхното осъществяване се ръководи от МЗ. Обществени здравни дейности и програми се изпълняват основно от регионалните подразделения на Министерството – Регионалните здравни инспекции, както и от няколко национални центрове.

Законът за лечебните заведения регламентира разделението между извънболничната и болничната помощ. Общопрактикуващият лекар е централна фигура в първичната медицинска помощ и се явява „пазач на входа” на системата по пътя на пациента към следващите нива, а именно специализираната доболнична и болнична помощ. Броят на общопрактикуващите лекари в България постепенно намалява, а тяхното регионално разпределение не отразява здравните потребности на населението. Доболничната медицинска помощ обхваща също индивидуални и групови практики за специализирана медицинска помощ, медицински и медико-дентални центрове, диагностично-консултативни центрове, както и самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории. Те са автономни лечебни заведения, като повечето от тях работят по договор с НЗОК. Цялата първична и преобладаваща част от специализираната медицинска помощ в България са частна собственост.

Болничната помощ се осигурява от публични и частни болници, които основно се разделят на два вида – многопрофилни и специализирани. Други лечебни заведения, предлагащи болнични услуги, са комплексните онкологични центрове, центровете за кожно-венерически заболявания и хосписите. Делът на хоспитализираните случаи е сравнително висок, факт, който подсказва за неефективната използваемост на доболничната медицинска помощ и липсата на интеграция и координация между различните нива и звена в системата.

Долекуването и продължителното лечение не са развити достатъчно в България както по отношение на услугите, предлагани в общността, така и по отношение на лечението в специализираните болници. Здравната реформа и промените, осъществявани в здравната система след 1989 г., засягат предимно доболничната помощ, а необходимото, но дълго отлагано реструктуриране на болничната помощ все още не е осъществено. Поради това в страната се наблюдава свръхпредлагане на легла за активно лечение и остър недостиг на структури, предоставящи услуги в областта на долекуването, продължителното лечение и рехабилитацията.

През 2001 г. е проведена реформа, имаща за цел да подобри извънболничната психиатрична помощ и да развие услугите, предоставяни в общността, като в хода на промените се дава приоритет на грижите, оказвани в семейна и в социална среда. Лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ включват специализирани психиатрични болници, центрове за психично здраве, психиатричните отделения в многопрофилните болници, както и социални домове за хора с психични увреждания. Въпреки усилията за деинституционализация на психиатрични пациенти обаче през последните години се наблюдава тенденция за нарастване на хоспитализациите.

Регионалните центрове за спешна медицинска помощ и спешните отделения в многопрофилните болници са ключовите звена в спешната медицинска помощ в България. Във всяка една от 28-те области има център за спешна медицинска помощ (ЦСМП), към който функционират и филиали в общините на областта, като по този начин мрежата на спешната медицинска помощ покрива територията на цялата страна. Неотложна помощ се осигурява също и от общопрактикуващите лекари. Основните проблеми в този сектор на здравната система са недостигът на медицински персонал (особено на лекари) и липсата на съвременна медицинска оборудване и апаратура.

5.1 Обществено здравеопазване

Услугите, свързани с общественото здраве, се осигуряват от държавата и се финансират основно от държавния бюджет чрез бюджета на МЗ (вж. 3.7.1 Заплащане за здравни услуги). В допълнение на това общините разработват и финансират регионални здравни програми, а НЗОК заплаща някои услуги, предоставяни от ОПЛ (като имунизациите). МЗ е компетентният орган в сферата на общественото здравеопазване. Министерството е отговорно за опазване на здравето на населението и за

осъществяване на държавния здравен контрол. Отговорностите на МЗ включват също разработване и финансиране на национални програми в областта на общественото здраве, провеждане на епидемиологични изследвания, събиране и обработване на здравна информация, както и подготовката на годишни отчети за здравния статус на населението. На областно ниво осъществяването на международни, национални и регионални програми се организира и координира от РЗИ – регионалните структури на МЗ.

Главният държавен здравен инспектор се назначава от министър-председателя по предложение на министъра на здравеопазването. Той ръководи и организира държавния здравен контрол, дейностите по промоция на здравето и интегрирана профилактика на болестите, контрола върху заразните болести и пр. Инспекторът координира и ръководи предоставянето на услуги, свързани с общественото здраве, в здравната система и в паралелните системи към министерствата на отбраната, на вътрешните работи, на транспорта и на правосъдието.

В 28-те области на страната са създадени Регионални здравни инспекции, които са регионални структури, ръководени и финансирани от МЗ. Те изпълняват следните функции:

- контрол по спазването на здравните изисквания към обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда;
- контрол върху заразните болести, включително и противоепидемиологичен контрол и наблюдение на заразните и паразитни заболявания;
- промоция на здравето и интегрирана превенция на заболяванията;
- лабораторен контрол на факторите на жизнената среда, анализиране и оценка на влиянието им върху здравето на гражданите;
- наблюдение, оценка и контрол на шума в урбанизираните територии и обществените сгради, на замърсителите в храни и на питейните води;
- консултативна и експертна помощ в областта на опазване на общественото здраве;
- разработване и изпълнение на регионални програми и проекти, свързани с опазване на здравето;
- следдипломно обучение в областта на общественото здраве.

Системата на общественото здравеопазване в България обхваща също няколко национални центрове, ангажирани в опазването и промоцията на общественото здраве:

- Национален център по радиобиология и радиационна защита – отговаря за контрол на параметрите на работната и жизнената среда; оценка и ограничаване на публичното излагане на йонизиращи източници; дозиметричен контрол на излагането на йонизиращи източници; оценка на риска за населението и за специфични групи, изложени на лъчение.
- Национален център по заразни и паразитни болести – центърът осъществява наблюдение и провежда изследвания върху инфекциозните и паразитни заболявания, осъществява протиепидемиологичен контрол и превенция на епидемиологични взривове.
- Национален център по наркомании – осигурява методическо ръководство по въпросите, свързани с наркотичните зависимости и употребата на наркотици, осъществява превенция, лечение и рехабилитация на лица, употребяващи наркотици, специализиран контрол върху лечебния процес и експертиза за наркотична зависимост.
- Национален център по опазване на общественото здраве – центърът осигурява методическа и експертна помощ в областта на опазване на общественото здраве, консултации на здравната администрация и лечебните заведения, оценка на влиянието на околната среда и други рискови фактори върху здравето на населението, осъществява програми в областта на промоция на здравето и превенция на заболяванията, провежда научни изследвания, обучение и следдипломна квалификация.
- Национален център по здравна информация – събира, обобщава, анализира и разпространява информация за здравния статус на населението, за здравната система, нейните структури и ресурси.

През 2011 г. последните два центъра (Националният център по опазване на общественото здраве и Националният център по здравна информация) се обединяват в един – Национален център по обществено здраве и анализи, който изпълнява функциите и поема отговорностите на неговите предшественици.

При изпълнение на своите задачи и отговорности МЗ и неговите подразделения си взаимодействат с други институции на национално и регионално ниво като Министерството на околната среда и водите и неговите регионални инспекции, Министерството на труда и социалната политика, Министерството на образованието, младежта и науката, Министерството на земеделието и храните, Държавната агенция за закрила на детето, общинските съвети и областните администрации (вж. 2.6 Междусекторно сътрудничество). В опазването на общественото здраве се включват също неправителствени организации като сдружения на

ромската общност, асоциации на пациенти с хронични заболявания и хора с увреждания и др.

Околна среда и здраве

Върху факторите на околната среда, които оказват въздействие на общественото здраве, контрол осъществяват МЗ и Министерството на околната среда и водите чрез своите регионални подразделения. Министерът на здравеопазването отговаря за организирането и провеждането на епидемиологични проучвания, изследващи връзката между замърсяването на околната среда и здравния статус на населението и оценка на свързания със здравето риск. РЗИ наблюдават и анализират факторите, оказващи влияние на регионално ниво, и предлагат инициативи за ограничаване на тяхното негативно въздействие.

Значими мерки по отношение на ограничаване на рисковете за здравето са взети в процеса на присъединяване на България към Европейския съюз. Голяма част от нормативната уредба е ревизирана и променена с цел да се изпълнят европейските изисквания в области, свързани със защита на здравето и опазване на околната среда, социалната защита и заетостта. Някои от тези нормативни промени са подготвени от МЗ в сътрудничество с други министерства. Междувременно е разработен и приет Национален план за действие по околна среда – здраве, 2008 – 2013 г. Основните му цели са свързани с ограничаване на рисковете за общественото здраве, дължащи се на факторите на околната среда, както и подобряване на качеството на живот. Приоритет се дава на първичната превенция, целяща опазване на околната среда и ограничаване на вредните влияния върху населението (въздух, вода, почва, шум, електромагнитни полета и др.). Националният план също предвижда действия в подкрепа на превенция на здравето и намаляване на рисковете. Други важни задачи включват повишаване на информираността на пациентите, въвличане на гражданите в процеса на вземане на решения, както и навременното установяване, диагностициране и лечение с оглед намаляване на заболяемостта и смъртността на населението, свързани с вредните влияния на околната среда.

Заразни заболявания

В Закона за здравето са регламентирани основните принципи за контрол на заразните заболявания и епидемиите. Законът определя диагнозите, при които пациентите подлежат на задължителна изолация и болнично лечение. Министерът на здравеопазването определя заболяванията, които са задължителни за съобщаване и регистрация. Лечебните заведения, специализираните институции за социални услуги и

РЗИ отговарят за воденето на регистър на случаите. Всеки медицински специалист, който диагностицира заразно заболяване, подлежащо на регистрация, трябва да информира регионалната здравна инспекция и ОПЛ на пациента.

Регионалните инспекции са задължени всеки ден да предават информацията на Националния център по общественото здраве и анализи, като центърът обобщава получените данни и подготвя дневен и седмичен епидемиологичен бюлетин по диагнози. Бюлетините се изпращат на МЗ, Националния център по заразни и паразитни болести, както и до регионалните инспекции и се използват за епидемиологични наблюдения и за определяне на епидемиологичната обстановка и риск в страната. Случаите на грип и остри респираторни заболявания, епидемиологични взривове и нозокомиални инфекции се докладват веднага на МЗ и Националния център по заразни и паразитни болести. Диагностицирането и регистрацията на случаи на ХИВ/СПИН е регламентирано със заповед на министъра на здравеопазването.

Системата за регистрация и наблюдение на заразните заболявания и епидемиите е ефективна и позволява вземането на навременни и адекватни мерки. Обаче същото не може да се твърди за останалите (незаразни) заболявания, за които данни обикновено липсват или са непълни и неточни.

Министърът на здравеопазването определя условията и методите на имунизация. Съгласно имунизационния календар в България ваксинациите и реваксинациите са определени по възрастови групи. ОПЛ ваксинират своите пациенти против туберкулоза, хепатит Б, дифтерит, тетанус, коклюш, детски паралич, рубеола, морбили, паротит, хемофилус инфлуенца тип Б и пневмококи. Тези ваксини са задължителни и се покриват от бюджета на здравното осигуряване. Освен задължителните, има също и целеви имунизации, които се правят при определени случаи, както и препоръчителни имунизации. Последните се осъществяват по желание на пациента и се заплащат от него, като се правят или от ОПЛ, или в регионалните здравни инспекции. В случай на спешни епидемиологични ситуации или значим спад в имунизационното покритие на населението министърът на здравеопазването може да разпорежи задължителна ваксинация или реваксинация, извън тези, определени в имунизационния календар.

Имунизационното покритие в България е сравнително високо – например през 2008 г. 95.9% от населението е имунизирано срещу морбили, което е над средното равнище за Европейския съюз и Европа като

цяло. Но въпреки високото имунизационно покритие срещу морбили, паротит и рубеола, налице са и случаи на заболявания и разпространение на епидемии сред определени групи от населението, по-специално сред ромския етнос. През 2009 г. епидемия от морбили е регистрирана в България след близо осемгодишен период без разпространение на това инфекциозно заболяване. По-голяма част от случаите са регистрирани сред ромската общност в североизточната част на страната (Marinova et al., 2009).

Трудова медицина

Организацията на дейностите, свързани с опазване на здравето на работещите, е регламентирана основно в Закона за здравословни и безопасни условия на труд. Съгласно изискванията на закона работодателят трябва да осигури за своя сметка безопасни и здравословни условия на труд за своите работници и служители, така че да бъдат сведени до минимум рисковете за живота и здравето на работното място. Услугите са предимно превантивни – оценка на риска в работната среда, мониторинг на здравния статус и трудоспособността на заетите, задължително наблюдение на здравословното състояние на работници, изложени на специфични рискове, осигуряване на информация за работодателите и работниците, съвети и насоки относно рисковете за здравето и тяхната превенция. Специалистите по трудова медицина консултират за планирането и организацията на работа, работната практика и дизайна на работните места.

Съгласно Закона за здравословни и безопасни условия на труд и в съответствие с европейската практика са създадени и служби по трудова медицина. Те могат да бъдат или самостоятелни юридически лица, или структури, създадени от работодател или лечебно заведение под формата на дъщерно дружество или структурно подразделение. Персоналът им трябва да включва лекар със специалност по трудова медицина и човек с висше техническо образование и три години опит в областта на безопасните и здравословни условия на труд. Службите по трудова медицина трябва да получат разрешително за своята дейност от МЗ. Към края на 2010 г. са лицензирани 466 подобни служби на територията на цялата страна (Министерство на здравеопазването, 2010 г.).

Промоция на здравето

В Националната здравна стратегия 2008-2013 г. се поставят няколко цели, свързани с промоцията на здравето, здравната информация и обучение. Многообразни дейности и програми са осъществени с цел стимулиране на здравословното поведение сред населението, като ор-

ганизиране на информационни кампании в съответствие със Здравния календар на СЗО, обучение на здравни професионалисти, както и проучвания върху здравната култура сред населението и медицинския персонал. На национално ниво кампаниите за промоция на здравето се организират и ръководят от Дирекция „Обществено здраве” към МЗ, а на регионално ниво дейностите и инициативите се координират от съответните дирекции (Профилактика на болестите и промоция на здравето) към РЗИ. Националният център по обществено здраве и анализи отговаря за осъществяването и оценката на голяма част от националните програми за промоция на здравето и здравно обучение. В тях се включват активно и редица неправителствени организации.

По-значимите програми, провеждани в България в областта на промоцията на здравето, са следните:

- Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето;
- Национална програма за превенция на злоупотребата с алкохол;
- Национална програма за превенция, лечение и рехабилитация на наркоманиите;
- Национален план за действие „Храни и хранене”;
- Национална програма за превенция и контрол на ХИВ/СПИН и полово предаваните заболявания;
- Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата и др.

Въпреки различните дейности, инициативи и програми резултатите все още са твърде незадоволителни. Много важно значение имат рисковите поведенчески фактори, свързани с тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и нездравословно хранене. Наблюдават се негативни тенденции в храненето на населението, които вредят сериозно на неговото здраве, а според оценки на експерти от МЗ системно злоупотребяващите с алкохол в България са между 280 и 300 хил. души. Консумацията на алкохол сред пълнолетното население се е увеличила, а възрастовата граница на първоначалната употреба на алкохол е спаднала на 12.5 години. През последното десетилетие делът на редовните пушачи нараства, особено сред жените и младежите. В страната има над 3 милиона пушачи и около 2/3 от децата са изложени на пасивно тютюнопушене (Министерство на здравеопазването, 2008). Смъртността, дължаща се на заболявания, свързани с тютюнопушенето, е много висока в сравнение със средното равнище в Европейския съюз (вж. 1.4. Здравен статус).

Дълги години промоцията на здравето и здравното обучение са пренебрегвани и подценявани в България. В хода на реформите здравната политика акцентира върху медицинската помощ и дава приоритет на

лечението за сметка на превенцията. Всичко това се отразява в недостатъчно инициативи за промоция на здравето, неадекватно финансиране на подобни дейности и липса на интеграция и координация между програмите в областта на общественото здраве и останалите сектори на здравната система (Димова, Попов, Рохова, 2007).

Репродуктивно здраве

Репродуктивното здраве на населението е грижа и отговорност на държавата чрез осигуряване на промоция и консултации, достъп до специализирана медицинска помощ, превенция, лечение на стерилитета и др. През изминалото десетилетие са открити няколко центъра за репродуктивно здраве, някои от тях част от публични или частни лечебни заведения, други – като самостоятелни медицински практики или медицински центрове. Много от тях осигуряват също асистирана репродукция (ин-витро оплождане). През 2009 г. МЗ създава Фонд за асистирана репродукция, който може да финансира до 3 ин-витро опита на пациентка. До юли 2010 г. повече от 7 800 двойки кандидатстват за финансова помощ и над 5 200 я получават (Министерство на здравеопазването, 2010).

В България са осъществени и няколко програми за подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве. Те включват образователни кампании, разпространение на информационни материали, създаване на образователни центрове за сексуално и репродуктивно здраве към РЗИ, обучение на ОПЛ и други здравни професионалисти. Основно са насочени към младите хора. Образователни програми, включително и обучение от връстници, се провеждат за учениците в средните училища. Обучение на ОПЛ относно семейното планиране е включено в програмите за продължаващо медицинско образование. Преобладаващата част от тези инициативи се провежда в рамките на два големи проекта на МЗ, Министерството на образованието, младежта и науката и Фонда на ООН за населението – Национална програма за репродуктивно здраве 2000 – 2004 и Подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве на младите хора в България 2004 – 2009. Неправителствените организации също активно участват в дейностите и инициативите за подобряване на репродуктивното здраве. През 1998 г. е учредена и Българска асоциация по стерилитет и репродуктивно здраве.

Детско и майчино здраве

Детското и майчиното здраве са едни от основните приоритети на здравната система в България. Всяка жена има право на безплатни здравни услуги от установяване на бременността до 42-я ден след раждането. Пренаталните и постнаталните грижи включват промоция и обучение

за хранене и грижи за новороденото, както и регулярни прегледи, пренатална диагностика и превенция на вродените аномалии, осигурявани от лечебни заведения за първична и специализирана медицинска помощ. Бременните жени и родилките имат специални права – безплатна доболнична помощ и свободен избор на болница за раждане.

Налице са и редица програми и инициативи за подобряване на детското здраве и за намаляване на детската смъртност. Създадените здравни кабинети в училищата, детските градини и социалните институции за деца осигуряват първа помощ. Медицинските професионалисти, работещи в тези кабинети, са отговорни също за провеждането на програми за здравно обучение. Други дейности, свързани с детското здраве, целят да повишат качеството на медицинските услуги и превенцията на заболяванията сред децата. Националният рамков договор от 2010 г. също акцентира върху детското здраве като един от приоритетите на здравната политика. Децата имат право на неограничен безплатен достъп до специализирана педиатрична помощ. Договорът също предвижда регулярни прегледи за деца и младежи до 18-годишна възраст, осъществявани от ОПЛ.

Въпреки всичко обаче, остават редица предизвикателства за осигуряване на достъп до качествени здравни услуги за децата в селските региони, както и за представителите на малцинствата и децата с увреждания (Rechel et. al., 2009).

Скрининг и превенция

В страната се провеждат различни скринингови програми за ранна диагностика на рак на шийката на матката, на гърдата, на простатата, за остеопороза и др. Като цяло обаче усилията за намаляване на риска са недостатъчни по отношение на тяхната интензивност и продължителност. Например през 2007 г. България е единствената страна в Европейския съюз, в която няма масов скрининг за рак на гърдата с мамограф (European Commission, 2008). Информационни и скринингови програми за население във висок риск се организират също за диабет и остеопороза (за жени над 60-годишна възраст). За съжаление недостигът на ресурси не позволява да се правят изследвания на цялото население и програмите обикновено се ограничават до отделни региони и до групи от населението в риск. През 2009 г. стартира Национална скринингова програма за рак на шийката на матката, на гърдата и на дебелото черво, в рамките на която е създаден Национален скринингов регистър и скринингови центрове. Промените на Националния рамков договор от 2011 г. предвиждат въвеждането на задължителни изследвания за рак на

гърдата и рак на простатата, но само за хора над 50 години. Тестовете за ХИВ/СПИН и хепатит В и С са безплатни и анонимни.

В страната се реализира и Национална програма за превенция на наследствените заболявания, предразположенията и вродените аномалии, финансирана от МЗ. Тя включва масов скрининг за ранна диагностика на генетичните заболявания и вродените малформации, както и селективна постнатална ДНК-диагностика. Неонаталните скринингови програми покриват около 95% от всички новородени през последните години (Министерство на здравеопазването, 2008а).

Въпреки различните програми и инициативи в областта на общественото здраве, резултатите не са удовлетворителни. Според данните от национално представително проучване от 2006 г. медицинските специалисти оценяват промоцията на здравето и профилактиката на заболяванията като незадоволителни (Димова, Попов, Рохова, 2007). Специалистите са на мнение, че здравната реформа се е отразила негативно на превенцията, което има неблагоприятен ефект върху пациентите. Те предлагат да се даде приоритет на дейностите по опазване на общественото здраве (профилактика, превенция и промоция на здравето) и да се подобри организацията на скрининговите програми. Това мнение се споделя и от мениджърите на различни нива в здравната система в България.

5.2 „Път” на пациента

„Пътят” на пациента през здравната система (условно описващ нивата на системата, през които пациентът трябва да премине) зависи на първо място от вида и сериозността на състоянието му. Други фактори, които оказват влияние, включват вида осигуровка (задължително или доброволно здравно осигуряване), нагласите и желанията на пациента.

В общия случай ОПЛ се явява като „пазач на входа на системата” и е основното звено, през което пациентът може да „влезе” в здравната система. За лекарства, отпускани по рецепта, и провеждане на лабораторни изследвания е необходима рецепта и направление от ОПЛ или специалист. Специализирана медицинска помощ по линия на задължителното здравно осигуряване може да бъде използвана само с направление от ОПЛ. Ако пациентът иска да получи директен достъп до специализирана медицинска помощ (без да посещава ОПЛ), той трябва да я заплати и не може да се възползва от правата си на задължително здравно осигурен. Освен ОПЛ директно (без направление) могат да бъдат посещавани само зъболекарите (вж. 5.12 Дентална помощ). Ако пациентът има

допълнителна (доброволна) здравна осигуровка, той може да използва директно специализирана медицинска помощ, но това също зависи от вида на осигуровката. При спешен случай пациентът може да потърси медицинска помощ при своя ОПЛ, от ЦСМП (т.е. да повика спешен екип с линейка) или да отиде директно до спешно отделение в болница (вж. 5.5 *Спешна медицинска помощ*).

Като цяло „пътят“ на здравноосигурен пациент, нуждаещ се от медицинска помощ, без обаче състоянието му да е животозастрашаващо, може да бъде представен по следния начин:

- Пациентът посещава своя ОПЛ и той го насочва за лабораторни изследвания или му предписва лекарства за домашно лечение.
- Пациентът посещава медико-диагностична лаборатория за изследвания.
- В зависимост от резултатите от изследванията има 3 възможности: (а) ОПЛ назначава следващи изследвания или изписва лекарства за домашно лечение; (б) ако е необходимо, ОПЛ изпраща пациента при специалист за по-нататъшни консултации; или (в) ОПЛ насочва пациента за болнично лечение.
- Специализирана помощ може да се получи в диагностично-консултативните центрове, в медицинските центрове и в индивидуални или групови практики до 30 дни след издаване на направлението. Съответният специалист би могъл да насочи пациента за болнично лечение или да предпише лекарства за домашно лечение.
- Приемът в болница се извършва до няколко дни след издаване на направлението. Времето до приема зависи от диагнозата на пациента, неговото състояние и листата на чакащите на самата болница. Провежда се консервативно или хирургическо лечение, а ако е необходимо, пациентът може да бъде прехвърлен в друга болница по време на болничния престой.
- След изписването на пациента от болницата има две възможности: (а) ако е необходимо, пациентът може да бъде хоспитализиран за долекуване, продължително лечение и рехабилитация; или (б) последващо лечение и рехабилитация се назначават от ОПЛ на пациента. И в двата случая се изготвя епикриза, в която се описва диагностиката, лечението и рехабилитацията и се включват препоръки за режима на живот и продължаване на терапията.

5.3 Доболнична медицинска помощ

Основните реформи в доболничната помощ се провеждат през 1998 – 1999 г. Законът за лечебните заведения регламентира разделението на доболничната от болничната помощ и определя различните лечебни заведения, които ги предоставят. Съгласно законовите разпоредби се създават нови видове лечебни заведения за първична и специализирана медицинска помощ. Цялата първична и голяма част от специализираната медицинска помощ преминават в частния сектор. В момента доболничната помощ в България включва голямо разнообразие от „доставчици” на първични и специализирани медицински услуги като ОПЛ, специализирани практики, медицински центрове, лаборатории и др.

Първична медицинска помощ

Първичната медицинска помощ се предоставя от общопрактикуващи лекари, които са регистрирани като физически или юридически лица с частна практика, работещи задължително по договор с НЗОК. Съгласно Закона за лечебните заведения има 2 вида медицински практики за първична помощ – индивидуални и групови. Българските граждани, които са задължително здравно осигурени, имат право на свободен избор на ОПЛ, като могат да променят своя лекар два пъти годишно. По последни налични данни през 2007 г. 87% от населението има избран ОПЛ (Министерство на здравеопазването, 2008а).

Общопрактикуващите лекари се явяват като „пазачи на входа” на здравната система, като дават направления за специализирана доболнична и болнична помощ. Децата и бременните жени имат директен достъп до педиатри и акушер-гинеколози. Всеки ОПЛ разполага месечно с ограничен брой направления за специализирана медицинска помощ. Броят им се определя от регионалните здравноосигурителни каси в зависимост от пациентите на ОПЛ и от изразходваните направления през предходния месец. Приблизително 70% от всички случаи се лекуват в първичната помощ, а останалите се изпращат към специализираната медицинска помощ (Веков, 2008).

Основният пакет медицински услуги, извършвани от ОПЛ, се определят със заповед на министъра на здравеопазването и се заплащат от бюджета на НЗОК. Първична медицинска помощ се предоставя в съответствие с Националния рамков договор. ОПЛ извършва първичен преглед, диагностика, лечение, дава консултации и изписва лекарства в съответствие с Позитивния лекарствен списък. Общопрактикуващите лекари са отговорни също за осъществяване на консултации по семейно

планиране, превенция (имунизации), здравна промоция и здравно обучение. Приблизително 2/3 от общия брой на посещенията в първичната помощ са свързани с диагностика и лечение на пациенти, а останалите 1/3 са с цел превенция и профилактика, като през последните години се наблюдава тенденция броят на последните да се увеличава (Национална здравноосигурителна каса, 2008; 2009).

Броят на ОПЛ, с които НЗОК трябва да сключи договор, е определен в Националната здравна карта. От 2004 г. общопрактикуващите лекари в България намаляват (Таблица 5.1). През 2010 г. в България са регистрирани 4 681 ОПЛ (1 ОПЛ на 1 615 граждани), като преобладават индивидуалните практики (3 768), а едва 19,5% от лекарите в първичната помощ работят в групова практика (Национална здравноосигурителна каса, 2010а).

Броят на общопрактикуващите лекари варира значително в различните региони на страната. През последните години практиките за първична медицинска помощ надвишават предвидения в Националната здравна карта брой само в областите, в които има медицински университет и университетски болници. Тези вариации причиняват неравенства в достъпа до здравни услуги, особено за живеещите в селските райони (Министерство на здравеопазването, 2008а). През 2010 г. се наблюдават следните диспропорции – от 1 425 души на 1 ОПЛ в София-град до 2 417 души в област Кърджали (Национална здравноосигурителна каса, 2010а). Освен това големият брой пациенти в някои от практиките значително възпрепятства качествено им обслужване. Недостигът на ОПЛ в селските региони затруднява достъпа на населението, като някои по-малки населени места са посещавани от лекар само веднъж седмично. Друг факт, който също се отразява негативно върху първичната медицинска помощ, е изключително ниският дял на ОПЛ със специалност по обща медицина – едва 5.1% през 2009 г. (Национален статистически институт, 2010).

Най-честите нарушения на НРД в първичната медицинска помощ, идентифицирани при проверките на регионалните здравноосигурителни каси, са свързани с оказване на профилактични услуги и неспазване на работното време. Оплакванията от пациенти се отнасят най-често до отказ на направления за специализирана медицинска помощ или отказ на домашни посещения, но тези проблеми се свързват предимно с организацията на здравната система и здравното осигуряване, а не толкова със самите лекари и техните способности (Национална здравноосигурителна каса, 2007, 2008). Като цяло гражданите оценяват положително

здравните услуги, както и самата работа на общопрактикуващите лекари (Димова, Попов, Рохова, 2007).

Специализирана доболнична медицинска помощ

Специализирана доболнична медицинска помощ се осигурява от мрежа от специализирани практики, центрове за диагностика и лечение и лаборатории. Подобна помощ предоставят също бившите диспансери, които през 2010 г. са реструктурирани в центрове за психично здраве, комплексни онкологични центрове и центрове за кожно-венерически заболявания. Съгласно разпоредбите на закона лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ могат да бъдат регистрирани като:

- индивидуални или групови практики за специализирана медицинска помощ по определени медицински специалности;
- медицински и медико-дентални центрове с минимум 3 лекари и/или зъболекари с различни медицински специалности;
- диагностично-консултативни центрове, в които работят минимум 10 лекари с различни медицински специалности и разполагат със собствени диагностични звена – клинична лаборатория и образна диагностика;
- самостоятелни медицински лаборатории, които биват 2 вида: (1) медико-диагностични лаборатории, извършващи лабораторни тестове и анализи или образна диагностика; и (2) медико-технически лаборатории, изработващи специални медицински изделия (напр. зъботехнически лаборатории и др.).

До 1999 г. специализирана доболнична помощ се предоставя само от бившите поликлиники, разположени основно в областните центрове. След 1999 г. повечето поликлиники стават ДКЦ, собственост на общините и под контрола на съответните общински съвети. Останалите видове лечебни заведения за специализирана доболнична помощ са предимно частна собственост. Всички те обаче, независимо от собствеността си, са регистрирани по Търговския закон като търговски дружества. Пациентите в България имат право на свободен избор на специалист на територията на цялата страна.

Подобно на първичната медицинска помощ, и при специализираната преобладават индивидуалните практики, но техният брой намалява значително след 2007 г. За разлика от тях, броят на медицинските центрове и самостоятелните медико-диагностични лаборатории се е удвоил спрямо 1999 г. (Таблица 5.1).

Таблица 5.1

Лечебни заведения за доболнична медицинска помощ, 2000–2009 г.

Лечебни заведения	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Общопрактикуващи лекари ¹	-	5143	5293	5352	5361	5232	5122	4980	4786	4949
Индивидуални специализирани практики ²	5422	-	-	-	6422	5623	6323	6329	3204	3099
Групови специализирани практики ²	42	-	-	-	124	116	139	156	112	124
Медицински центрове ²	292	328	418	456	454	495	575	636	588	590
Медико-дентални центрове ²	33	26	46	43	44	47	47	56	37	33
ДКЦ ²	104	104	106	103	107	105	104	109	115	115
Самостоятелни лаборатории ²	467	592	783	793	828	854	907	1072	888	928

Източник: ¹Национален статистически институт, 2010; ²Национален център по здравна информация (за съответните години).

По-голяма част от специалистите в доболничната помощ имат сключен договор с НЗОК. Основният пакет специализирани здравни услуги включва първични и вторични прегледи, профилактични прегледи, диспансерно наблюдение, рехабилитация, високоспециализирани медицински дейности и експертиза за временна неработоспособност, ако състоянието на пациента изисква по-дълъг отпуск по болест. Около 50% от специализираните услуги, заплащани от НЗОК, са първични прегледи (Национална здравноосигурителна каса, 2008; 2009).

Най-многобройни сред специалистите са акушер-гинеколозите, невролозите, хирурзите и кардиолозите. Наблюдава се значим недостиг на лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение, клинична токсикология, паразитология, вътрешни болести, алергология (Министерство на здравеопазването, 2008а). Регионалното разпределение на специалистите варира. Преобладаваща част от тях са концентрирани в областните центрове и в столицата, което ограничава достъпа на населението до специализирана медицинска помощ в по-малките градове и особено в селата.

През 2007 г. по линия на задължителното здравно осигуряване са направени 0.92 първични, 0.61 вторични и 0.2 посещения при специалист средно на здравноосигурен гражданин (Веков, 2008). Средният брой на общите посещения в доболничната помощ на здравноосигурен пациент са 1.73 (8% повече спрямо 2005 г.). Вторичните посещения нарастват и

през 2007 г. достигат до 65 вторични прегледи на всеки 100 първични (Министерство на здравеопазването 2008а). Липсват актуални данни за посещенията в доболничната помощ.

5.4 Болнична медицинска помощ

Съгласно Закона за лечебните заведения болниците в България се разделят на многопрофилни (с минимум 2 отделения по различни специалности) и специализирани (обикновено гинекологични, хирургични, педиатрични и психиатрични). Те също могат да бъдат класифицирани според продължителността на лечението в тях на болници за активно лечение (за по-кратък престой), болници за долекуване и продължително лечение и/или за рехабилитация. Университетските болници са свързани с обучението на студенти в някой от четирите медицински университета и двата медицински факултета в страната. Те са многопрофилни или специализирани, определени от Министерския съвет, и обучават студенти, както и здравни професионалисти в системата на следдипломното образование. Броят на болниците в България по видове е представен в Таблица 5.2. Болнична помощ се предоставя също от централните за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове и централните за психично здраве (бившите диспансери).

Таблица 5.2

Болници в България, 2000–2009 г.

Болници по вид	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Многопрофилни	127	127	127	126	127	125	122	123	123	122
Специализирани за активно лечение	28	29	29	28	28	29	31	30	30	29
Специализирани за долекуване и продължително лечение	12	12	10	10	9	9	9	7	7	6
Специализирани за долекуване и продължително лечение и рехабилитация	8	7	9	9	9	10	10	11	11	12
Специализирани за рехабилитация	25	25	25	24	24	22	22	22	22	22
Психиатрични болници	11	11	11	11	11	12	12	12	12	12
Болници към други ведомства	16	11	14	7	7	9	9	15	15	10
Частни болници	18	20	24	32	40	45	54	74	85	93

Източник: Национален център по здравна информация (за съответните години)

Друга класификация на болничните лечебни заведения се базира на тяхното разположение (обслужвания регион) и възможностите им да предоставят високоспециализирани услуги. Според тези критерии те се разделят на национални (университетските болници и националните центрове), областни и общински. Националните болници оказват високоспециализирана помощ в случаи, които не могат да бъдат лекувани в общинските или областните лечебни заведения. Областните болници са разположени в областните центрове, те обхващат почти всички медицински специалности и осигуряват услуги за случаи, които не са в компетенциите на общинските болници. Те трябва задължително да имат 24-часово спешно отделение, отделения по клинична патология и трансфузионна хематология, както и звено по съдебна медицина. Общинските болници са многопрофилни или специализирани и са разположени в по-малките градове, като обикновено имат няколко отделения (педиатрично, акушеро-гинекологично, неврологично, вътрешни болести, хирургично и физиотерапевтично). Тази класификация не е свързана с достъпа на пациентите до болнична помощ, след като през 2004 г. е приета наредба, с която се регламентира възможността за свободен избор на пациентите за всички болнични лечебни заведения на територията на цялата страна. Горespoменатото разделение има отношение към промяната в собствеността, извършена през 1999 г. До този момент болниците са предимно държавна собственост с много малко изключения. Промените от 1999 г. са следните:

- Университетските и другите национални болници са все още собственост на държавата.
- Областните болници са собственост на държавата, която притежава 51%, и на общините, включени в областта, които притежават останалите 49%.
- Общинските болници са собственост на съответната община.
- Останалите болници са частна собственост.

Тази промяна е свързана и с пререгистрация на всички лечебни заведения съгласно изискванията на Търговския закон. За болниците, които са държавна собственост, правата се упражняват от министъра на здравеопазването, а за общинските – от съответния общински съвет. Болничните лечебни заведения, които са собственост на други ведомства (към Министерствата на отбраната, вътрешните работи, правосъдието и транспорта) са изцяло държавна собственост и правата върху тях се упражняват от съответния министър.

Болничната помощ в България към момента се предоставя от публични и частни лечебни заведения. Броят на частните нараства значително

през последните 10 години и през 2009 г. те са 30.4% от всички в страната. Преобладаваща част са специализирани в областта на хирургията, офталмологията, акушерството и гинекологията, ортопедията. Между 2000 и 2009 г. броят на хоспитализираните пациенти в тях нараства повече от 32 пъти. През 2009 г. 93-те частни болници в България имат общо 5 292 легла (Национален център по здравна информация, 2010).

Най-общо, управлението на болниците се организира от собственика на съответното лечебно заведение и до голяма степен зависи от формата на търговското дружество (ООД, АД). Основните принципи и изисквания са регламентирани в Закона за лечебните заведения. Болниците се ръководят от управител или изпълнителен директор, който според изискванията на закона може да бъде лекар с квалификация по здравен мениджмънт или икономист със специалност по здравна икономика или социална медицина и здравен мениджмънт. В публичните лечебни заведения управленските позиции се заемат след конкурс, организиран от съответния собственик (МЗ, другите министерства или общинските съвети). Болничните мениджъри подписват 3-годишен договор за управление. Всички болници имат задължително и главна медицинска сестра съгласно изискванията на Закона за лечебните заведения. Останалите ръководни позиции (като напр. медицински директор, административен директор, икономически директор, началници на клиники, отделения, сектори и административни отдели) зависят от управленската структурата и също се назначават след конкурс, организиран от управителя, респ. директора на болницата. Колективни органи със съвещателни функции също участват в управлението – Медицински съвет, Съвет по здравни грижи и др.

Като цяло броят на болниците в България е сравнително голям: 4.6 на 100 000 население през 2008 г. в сравнение със средните стойности на ЕС – 2,62 на 100 000 (WHO Regional Office for Europe, 2010). Преобладават болниците за активно лечение, докато структурите (и болничните легла) за долекуване и продължително лечение са недостатъчни. Дълго отлаганата реформа в болничния сектор, свързвана предимно с преструктуриране на лечебните заведения, има за цел да промени това съотношение, но все още си остава само намерение, въпреки че това е един от най-дискутираните въпроси в здравната система.

През 2008 г. делът на хоспитализираните пациенти в България е сред най-високите в ЕС – 24.1% от цялото население на страната, докато средната стойност за Съюза е 17.7% (WHO Regional Office for Europe, 2010). Недостатъчно ефективната доболнична помощ и липсата на колаборация и взаимодействие между болничната и извънболничната

помощ се отразяват на процента на хоспитализациите, който в нашата страна е съпоставим единствено с този в Румъния. През 2008 г. 8.4% от тях биха могли да бъдат избегнати, ако лечението в доболничната помощ е било по-ефикасно. Освен това, близо 40% от пациентите са били рехоспитализирани в рамките на една година (Веков, 2008). Много пациенти се приемат в болница по скоро по социални, отколкото по медицински причини. Липсва и ефективно взаимодействие между болничните лечебни заведения и социалните институции, което се дължи основно на различния им статут, отговорности и подчинеността на различни институции.

Материалните ресурси като сгради, оборудване и обзавеждане на много от болниците в България са в крайно незадоволително състояние; медицинската апаратура е амортизирана, а условията за престой на пациентите са много лоши. Сред предизвикателствата пред управлението на публичните лечебни заведения са също недостатъчните инвестиции и липсата на медицински специалисти, особено в по-малките градове, което създава значими проблеми и има негативно влияние върху качеството на услугите (Министерство на здравеопазването, 2008; 2008а). Много болници са натрупали и големи финансови задължения през последните години.

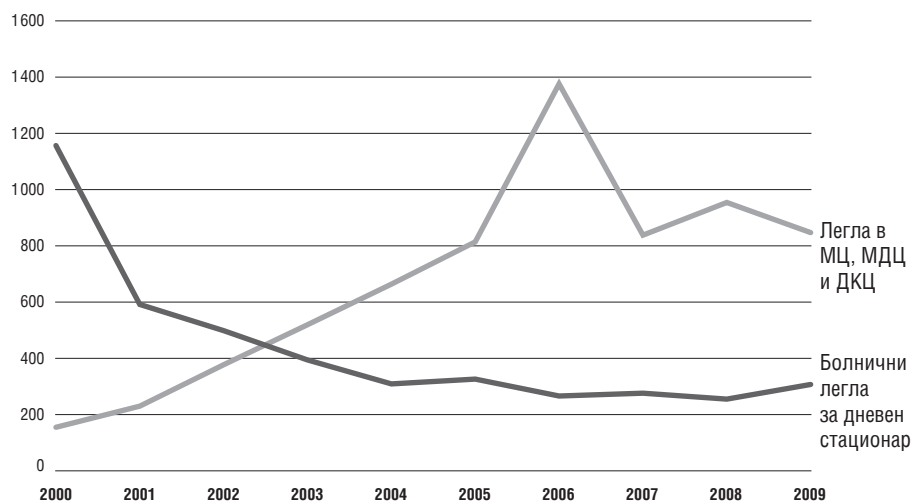
5.4.1 Дневен стационар

Делът на едnodневния болничен прием в България е незначителен. От 2000 г. броят на леглата за дневен стационар намалява (Фиг. 5.1). През 2009 г. техният дял е едва 0.7% от всички болнични легла в страната или 0.4 легла на 10 000 души от населението (Национален център по здравна информация, 2010). Липсва информация за броя и дела на едnodневните хоспитализации, но използваемостта на леглата за дневен стационар бележи спад от 2005 г. насам. Обикновено те се разкриват в хирургическите отделения (за едnodневна хирургия), както и за психиатрична помощ, рехабилитация, палиативни грижи и др. Медицинските, медико-денталните и диагностично-консултативните центрове могат да разкриват до 10 легла за краткосрочно наблюдение и лечение. Броят им е нараснал повече от 4 пъти спрямо 2000 г. (Фиг. 5.1). Наблюдава се ясно изразена тенденция за прехвърляне на дневния стационар от лечебните заведения за болнична помощ към тези за извънболнична медицинска помощ. Национална политика за заместване на скъпоструващите болнични услуги с услуги в извънболничната помощ или дори с т.нар. домашен стационар съществува само при психиатричната помощ (вж. 5.11 Психиатрична медицинска помощ).

През 2010 г. МЗ прави промени в Наредбата за основния пакет здравни услуги, покривани от бюджета на НЗОК, съгласно която трябва да се разработят 12 нови клинични пътеки за едnodневен престой по различни медицински специалности като, например, гинекология, ендокринология, гастроентерология, урология и кардиология.

Фиг. 5.1

Легла за дневен стационар, 2000–2009 г.



Източник: Национален център по здравна информация (за съответните години)

5.5 Спешна медицинска помощ

В България спешната помощ се осигурява от центрове за спешна медицинска помощ и спешни отделения в болниците. В зависимост от неотложността пациентите могат да потърсят своя ОПЛ, да повикат линейка или да посетят директно спешното отделение в болницата. Пациенти, които не са в животозастрашаващо състояние или травма, трябва да се свържат със своя ОПЛ. Съгласно НРД общопрактикуващите лекари са длъжни да са на разположение и да осигуряват т.нар. неотложна помощ. Това означава, че те трябва да лекуват своите пациенти и само ако е необходимо, да ги насочват към болница. На практика, обаче, по-голяма част от пациентите търсят директно спешна медицинска помощ, като викат линейка или посещават спешно отделение. Поради това центрoвете за спешна медицинска помощ са претоварени и често поемат слу-

чай, които могат да бъдат лекувани от ОПЛ. Центровете обикновено се отзовават на всички повиквания, което води до необосновани разходи на финансови, материални и човешки ресурси.

През 90-те години спешната медицинска помощ, както и цялата здравна система се характеризират с екстензивно развитие, но неефективно действие. Спешна помощ се осигурява от разпокъсана мрежа от извънболнични и болнични здравни заведения без ясно определяне на отговорностите и взаимоотношенията между тях. Няма разграничение между неотложната първична помощ и спешните медицински услуги. Важни промени в сектора са осъществени от правителството в рамките на проекта Преструктуриране на здравната система (1996-2001 г.), финансиран от Световната банка. Те изменят статута на спешната медицинска помощ, която се отделя напълно както от доболничната, така и от болничната помощ. От 2001 г. са създадени регионални центрове за спешна медицинска помощ във всяка една от 28-те области, които покриват територията на цялата страна. Въз основа на Националната здравна карта са създадени и 192 филиала на центровете в отделните общини. През 2007 г. отново се провеждат реформи в този сектор, съгласно които спешните отделения преминават от ЦСМП към областните болници, т.е. променя се собствеността и управлението им. Такива отделения могат да бъдат създавани и във всяка друга болница.

Министърът на здравеопазването е отговорен за планирането, организацията и финансирането на всички дейности, свързани с предоставяне на спешна медицинска помощ. ЦСМП и спешните отделения към болниците са основните звена в мрежата на спешната помощ. Всички останали лечебни заведения в България обаче са задължени да предоставят безплатно спешна медицинска помощ, независимо от гражданството, местожителството или осигурителния статус на пациента.

Центровете за спешна медицинска помощ са публични лечебни заведения, финансирани от бюджета на МЗ. Те оказват помощ на болни или пострадали в злополука в дома, на мястото на инцидента и по време на транспортирането им до болница. Всеки център има административен отдел, регионален координационен офис и филиали за спешна медицинска помощ, които обслужват областта. Ръководи се от директор, който се назначава от министъра на здравеопазването. Дейността на центровете включва оказване на спешна помощ за болни и пострадали в инциденти, специализиран транспорт за пациенти, донори, органи и кръв и обучение на медицински специалисти. През 2007 г. в 28-те центъра и техните филиали в страната са заети 7 500 души, включително

1 500 лекари, 2 200 други медицински специалисти и приблизително 2 000 шофьори (Министерство на здравеопазването, 2008а). Те формират 372 екипа, всеки от които обслужва средно между 20 и 30 хил. души. Броят на екипите във всеки център зависи от населението и големината на обслужвания регион, но като цяло намалява през последните години (Министерство на здравеопазването, 2008а).

Въпреки осъществените промени спешната помощ в България все още се характеризира с незадоволителен брой на персонала и особено с недостиг на лекари и други медицински професионалисти. Тази негативна тенденция е особено ясно подчертана в София и 6 други области на страната. Ниските заплати, лошите работни условия и ограничените възможности за кариера предизвикват текучество на персонала, особено сред лекарите (Министерство на здравеопазването, 2008а). Сред предизвикателствата при предоставянето на спешна медицинска помощ са също недостигът на медицинско оборудване, на линейки, както и лоша пътна мрежа и комуникационна инфраструктура, особено в селските райони. Планинските терени и липсата на санитарни хеликоптери затрудняват транспортирането на пациенти от отдалечени планински райони.

Анализът на индикаторите, свързани със спешната медицинска помощ през последните години, води до следните основни заключения (Министерство на здравеопазването, 2008а):

- Общият брой на спешните повиквания се увеличава, което свидетелства до известна степен за неадекватни и неефикасни услуги, оказвани в първичната и специализирана доболнична помощ.
- Анализът на повикванията в ЦСМП показва, че наистина спешни са само около 75% от тях.
- През 2007 г. приблизително 14% от хората, потърсили спешна помощ в ЦСМП, са хоспитализирани за по-нататъшно лечение.

В много от случаите гражданите използват спешната помощ за директен достъп до специализирана медицинска помощ (без да преминават през ОПЛ). За пациенти без здравна осигуровка това е и единственият безплатен „вход“ към здравната система.

Планираните промени в този сектор са свързани със създаване на дежурни ОПЛ-практики, към които пациентите могат да се обърнат през нощта и в почивните дни. Целта е да се подобри достъпът на населението до неотложна помощ.

5.6 Лекарствоснабдяване

В началото на 90-те години на XX век българската фармацевтична индустрия е силно централизирана; производството и дистрибуцията са монопол на Държавната фармацевтична компания. През 1995 г. е приет Законът за лекарствените средства и аптеките в хуманната медицина, който прехвърля цялата система на лекарствоснабдяване в частния сектор. Аптеките са едни от първите здравни заведения, които са приватизирани, а на фармацевтите е разрешено да ръководят свой собствен частен бизнес. Фармацевтичното законодателство е променяно и допълвано многократно през годините и през 2007 г. е приет нов Закон за лекарствата в хуманната медицина, в съответствие със законодателството на Европейския съюз в тази област. Законът регулира производството, вноса, търговията на едро и търговията на дребно с лекарства.

Лекарствената политика е част от държавната здравна политика, която се провежда от МЗ. Съгласно Закона за лекарствата в хуманната медицина от 2007 г. са създадени няколко консултативни органа към министерството като Комитета по фармакопеята и Висшия фармацевтичен съвет (вж. 2.8.4 Регулация и управление на лекарствоснабдяването). Изпълнителната агенция по лекарствата е специализиран орган към министъра на здравеопазването, който оценява и контролира качеството, безопасността и ефикасността на лекарствата и медицинските изделия. Тя се занимава с наблюдението на употребата на лекарства в България, но има също и отговорности в Европейския съюз. ИАЛ дава разрешителни за производство и внос, за клинични опити с лекарства, регистрира и лицензира търговци на едро и дрогерии. Държавата регулира и контролира цялата система на лекарствоснабдяване. Издаването на разрешителни и воденето на регистър на аптеките е в ресора на МЗ, което също отговаря за доставката на някои скъпоструващи лекарства за онкологични и редки заболявания.

Към момента в ИАЛ има регистрирани 28 местни фармацевтични производители и 15 вносители от трети страни (извън Европейския съюз), които работят на българския пазар (Изпълнителна агенция по лекарствата, 2010а; 2010б). Основните производители възникват от предишните български фармацевтични компании след тяхната приватизация и реструктуриране. Местната продукция съставя между 30 и 40% от фармацевтичния пазар (Изпълнителна агенция по лекарствата, 2009). Чуждестранните производители работят в България със свои представителства, които осъществяват само промоция на продуктите и извършват определени маркетингови дейности или имат местни клоно-

ве, които продават техните лекарства на търговци на едро, аптеки или лечебни заведения. Около 680 са чуждестранните производители, чиито медикаменти са регистрирани в България. Много чужди компании са разкрили местни подразделения, лицензирани като търговци на едро.

Съгласно Закона за лекарствата в хуманната медицина търговия на едро може да бъде осъществявана от физически или юридически лица, които имат разрешително, издадено от компетентен орган на страна от Европейския съюз. Ако складовете на търговеца са в България, то е необходимо разрешително от ИАЛ. Лицензираните фирми могат също да внасят регистрирани лекарства. Приблизително 160 търговци на едро са получили разрешително от ИАЛ, като част от тях имат филиали в няколко градове в страната (Изпълнителна агенция по лекарствата, 2010в).

Фармацевтичните производители и вносители могат да разпространяват своите продукти въз основа на лиценз си за производство или внос. Те могат да участват директно в търгове за обществени поръчки, организирани от МЗ, НЗОК или от болниците. Публичните лечебни заведения обявяват конкурси за доставка на лекарства съгласно условията и изискванията на Закона за обществените поръчки. Търговските взаимоотношения между търговците на едро и тези на дребно (аптеките) не са регулирани с изключение на търговската надценка, която е определена в наредба на МЗ.

Продажби на дребно на лекарства се осъществяват от аптеки и дрогерии. Лечебните заведения за болнична помощ могат да разкриват аптеки, но само за свои собствени нужди. Според регистъра на МЗ през 2010 г. са регистрирани 4 226 аптеки в България, включително и тези към болниците (Министерство на здравеопазването, 2010в). Техният брой нараства през последните години, но изглежда, че е достигнал горната си граница поради факта, че една аптека може да се ръководи само от магистър-фармацевт. Физическо или юридическо лице може да притежава не повече от 4 търговски обекта.

Търговията на дребно с лекарства, отпускани по рецепта, е разрешена само в аптеките. Лекарства без рецепта (ОТС-продукти) могат да се продават и в дрогерии. В България са разкрити 939 дрогерии, регистрирани от ИАЛ (Изпълнителна агенция по лекарствата, 2010). Законът за лекарствата в хуманната медицина изрично забранява продажбата на медикаменти с рецепта в други търговски обекти или по Интернет. В закона обаче са предвидени някои изключения за населени места, в които няма аптека. В този случай лекар или зъболекар може също да продава лекарства, след като получи разрешение от МЗ. Списъкът с лекарстве-

ни продукти, които могат да бъдат продавани от лекари, се определя с наредба на министъра на здравеопазването.

Българският фармацевтичен пазар нараства от 1999 г., като това увеличение продължава и през последните години въпреки икономическата криза. През 2009 г. общият пазар в стойностно изражение достига 1 553 млн. лв. (над 800 млн. евро), което представлява 27% ръст в сравнение с 2004 г. (Изпълнителна агенция по лекарствата, 2009). Потреблението на болниците представлява 18.4% от всички продажби, частните покупки възлизат на 63.4%, а останалите 18.2% са лекарства, заплащани от бюджета на НЗОК и МЗ. През 2009 ОТС-продуктите (продавани без рецепта) съставят 16.6% от целия пазар (Изпълнителна агенция по лекарствата, 2009).

Здравноосигурените граждани могат да получават лекарства, изцяло или частично покривани от бюджета на НЗОК. Чрез бюджета на МЗ се заплащат някои скъпоструващи лекарства за болнично лечение на онкологични заболявания, някои инфекциозни (като туберкулоза) и редки заболявания, както и медикаменти и препарати за хемодиализа и трансплантации. Специална комисия към МЗ съставя Позитивния лекарствен списък, определящ кои лекарствени продукти се покриват от бюджета на НЗОК и кои от МЗ. Списъкът се състои от 4 групи:

- лекарства за извънболнично лечение, реимбурсирани от бюджета на НЗОК, съгласно Закона за здравното осигуряване;
- лекарства, закупувани от публичните болници, центровете за спешна медицинска помощ, психиатричните лечебни заведения, медико-социалните центрове за деца и центровете за трансфузионна хематология;
- лекарства за онкологични и редки заболявания, за хемодиализа и трансплантации, които са заплащани от бюджета на МЗ до 2011, а след това преминават към НЗОК;
- лекарства за ХИВ/СПИН и някои инфекциозни заболявания, заплащани от бюджета на МЗ.

Позитивният лекарствен списък е съставен по фармакологични групи със съответното международно генерично наименование и включва определената дневна доза, референтната стойност за тази доза и референтната цена. Лекарствата, включени в списъка, се избират съобразно няколко критерия като ефикасност, терапевтична ефективност, сигурност, както и на базата на фармакоикономически анализ.

Реимбурсните равнища на лекарствените продукти, покривани от задължителното здравно осигуряване, се определят съобразно бюджета

на НЗОК за съответната година и са регламентирани в т.нар. реимбурсен списък. През последните години разходите за лекарства представляват приблизително 20% от разходите на НЗОК (Закон за бюджета на НЗОК 2008; 2009; 2010). Чрез доброволното здравно осигуряване също може да се получи реимбурсиране на медикаменти за домашно лечение.

Цените на лекарствените продукти се регулират от МЗ. Специална комисия одобрява цени на медикаментите, включени в Позитивния лекарствен списък и определя максимална цена на лекарствата, отпускани по рецепта. Цената в Позитивния лекарствен списък се определя въз основа на международно сравнение с 8 основни (Румъния, Франция, Естония, Гърция, Словакия, Литва, Португалия и Испания) и 5 допълнителни (Белгия, Чехия, Полша, Латвия и Унгария) страни-членки на Европейския съюз. Най-ниската сред тези страни се приема за цена на производител в България.

Референтните цени обикновено се използват и за определяне на реимбурсните нива. Надценката на търговците на едро и на аптеките се определя от МЗ, зависи от цената на производителя (или вносителя) на опаковка и варира между 24 и 31%. Тази надценка се регламентира със заповед на министъра на здравеопазването. За ОТС-продуктите комисията регистрира само максимална цена на дребно, която е предложена от производителя или вносителя.

Продажбата на дребно на лекарства в България през 2008 г. е 65 евро на глава от населението, докато цялото потребление (включително и в болничните лечебни заведения) възлиза на 80 евро на глава от населението и е сред най-ниските в Европейския съюз (Трифонов, 2010). Цените намаляват от 2002 г. насам, но като цяло остават високи – според национално представително проучване от 2006 г. пациентите често не могат да си позволят предписаните лекарствени продукти (Димова, Попов, Рохова, 2007). Частта, която пациентите доплащат за лекарствата, покривани от НЗОК, също е сравнително висока.

5.7 Физиотерапия и рехабилитация

Физиотерапия и рехабилитация се осигурява от индивидуални или групови практики и центрове в извънболничната помощ, както и от специализирани отделения в многопрофилните болници, специализирани болници за рехабилитация и от санаториуми. По линия на задължителното здравно осигуряване се покрива по-голяма част от рехабилитацията, като условие за това обаче е направление от ОПЛ или от специалист. Ус-

лугите в извънболничната помощ включват мануална терапия, електро-, водо- и термотерапия, както и лечебна физкултура. По отношение на болничната помощ НЗОК финансира процедури по 9 клинични пътеки за физиотерапия и рехабилитация през 2010 г. Министерството на труда и социалната политика заплаща част от услугите, предоставяни в специализираните болници и санаториумите, по линия на фонд „Пенсии”.

През 2009 г. в България има общо 5 392 легла за физиотерапия и рехабилитация или 7.1 легла на 10 000 души от населението (Национален център по здравна информация, 2010). През същата година подобни услуги осигуряват 12 болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация с 840 легла, 22 специализирани болници за рехабилитация с общо 3 293 легла и отделения по физиотерапия и рехабилитация в многопрофилните болници с общо 510 легла. Функционират също и 4 санаториума със 740 легла за рехабилитация. Използваемостта на леглата за физиотерапия и рехабилитация е 253 дни през 2009 г., а средният престой е 9.8 дни (Национален център по здравна информация, 2010). Освен в извънболничната и болничната помощ, рехабилитационни и спа-услуги се предлагат и в редица хотели в морските и планинските курорти в страната.

5.8 Долекуване и продължително лечение

Продължително лечение и дългосрочни грижи се предоставят както в институции (в които се настаняват пациентите), така и в общността. Част от услугите се покриват от държавата чрез бюджета на МЗ или Министерството на труда и социалната политика, а други се финансират от общините. В някои случаи услугите се заплащат от пациентите.

Институционалната грижа за пациентите се осигурява от болници за долекуване и продължително лечение, медико-социални домове и различни видове домове за настаняване. През 2009 г. в България има 1 738 легла за дългосрочни грижи, от които 356 легла в 6 болници за долекуване и продължително лечение и 840 легла в 12 болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация (Национален център по здравна информация, 2010). Многопрофилните болници могат да разкриват отделения за долекуване и продължително лечение, специализирани за деца или за възрастни. Те са предназначени за пациенти, чието възстановяване се очаква да бъде по-дълго или пациенти с хронични заболявания, които се нуждаят от физическа и психическа подкрепа.

Освен болниците са изградени също центрове за медико-социални грижи и домове за настаняване. Центровете за медико-социални грижи са лечебни заведения, в които медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение и грижи. Те предоставят също и специализирани грижи по домовете за болни с хронични заболявания и медико-социални проблеми. Различните домове предлагат настаняване за хора, изискващи постоянни здравни грижи (напр. пациенти с деменция) или хора, които се нуждаят от по-малко интензивни домашни грижи (възрастни хора). Тези домове са собственост на държавата, общините или са частна собственост, лицензирани по реда на Закона за социалното подпомагане. През 2008 г. работят 32 центъра за медико-социални грижи за деца и 299 специализирани институции за настаняване (Таблица 5.3). Хосписите и домове за медико-социални грижи са предимно частни лечебни заведения, които предлагат настаняване за хора с физически увреждания или с хронични заболявания.

Таблица 5.3

Специализирани институции и центрове за медико-социални грижи, 2008 г.

Вид на институцията	Брой	Капацитет	Брой настанени в тях
Домове за възрастни с физически увреждания	27	1638	1530
Домове за възрастни с умствени увреждания ¹	58	4689	4401
Домове за хора със зрителни увреждания	5	158	134
Домове за възрастни	100	6072	5340
Домове за деца и юноши с психически увреждания	26	1612	1502
Домове за деца, лишени от родителски грижи	82	5522	4277
Центрове за медико-социални грижи за деца	32	3864	2771

Източник: Национален статистически институт, 2010.

Бележка: ¹Включват домове за възрастни хора с деменция, домове за възрастни хора с умствена изостаналост и домове за възрастни с умствени увреждания.

Качеството на грижите в домовете за настаняване варира значително и зависи до голяма степен от управленския екип, както и от собствеността и начина на финансиране. Належаша е реформата в сферата на закрила на децата, изграждането на повече институции от семеен тип и услуги, предоставяни в семейна среда. Взаимодействието между лечебните заведения и социалните институции често е неефективно, липсва интеграция и координация между тях.

Услугите, предоставяни в общността, се предлагат от центрове за социална рехабилитация и интеграция за деца и юноши с умствена изостаналост, както и домове за временно настаняване, социални центрове за обучение и др. Те се създават от общините или от неправителствени организации и се финансират от общинските бюджети или чрез различни национални и международни програми.

Грижите за възрастни се поемат от общинските служби за социално подпомагане. Възрастни с физически увреждания, живеещи в общността, могат да кандидатстват за подпомагане за социална рехабилитация и интеграция. Помощта, която им се оказва по домовете (или т.нар. домашен патронаж), включва социални, медико-социални и/или медицински услуги. За целта общинският съвет може да наема персонал или да сключва договори с частни доставчици на услуги, които са лицензирани в съответствие със закона. Грижи в дома се предлагат също и от специализираните институции за настаняване, хосписите и центровете за медико-социални грижи.

Основните проблеми на дългосрочните грижи са систематизирани от Министерството на труда и социалната политика по следния начин (Министерство на труда и социалната политика, 2010):

- недостатъчни като брой и разнообразие услуги и неравномерно разпределени на територията на страната;
- липса на цялостна рехабилитация за хора с увреждания;
- недостиг на услуги, предлагани в общността, като алтернатива на домовете за настаняване;
- недостатъчна и неадекватна координация между РЗИ, Регионалните дирекции за социално подпомагане и общинската администрация.

5.9 Неинституционализирани грижи

Услугите за възрастни и за хора с физически или психически увреждания, предлагани по домовете, все още не са развити достатъчно в България. Те се поемат предимно от семейството. Повечето подобни болногледачи (неформално заети) се грижат за своите близки за дълги периоди от време и това ограничава значително техните възможности за друга трудова заетост. През 2003 г. Министерството на труда и социалната политика стартира програмата „Асистенти за хора с увреждания”, която се провежда като част от националната програма „От социални помощи към заетост”. Компонентите на програмата включват създава-

нето на позициите „личен асистент“ и „социален асистент“, а по-късно и на „домашен асистент“:

- „личният асистент“ полага грижи в домашни условия за дете или възрастен със сериозно заболяване или с увреждане;
- „социалният асистент“ има за задача да предотврати социалната изолация и да подкрепи интеграцията в обществото на болния;
- „домашният асистент“ помага на болния за личната хигиена, домакинството, храненето и др.

Програмата има за цел да намали броя на хората, настанени в институции, като вместо това за тях се полагат грижи в семейна среда, както и да създаде работни места в социалната сфера и по този начин да се увеличат възможностите за безработните. Одобрените асистенти подписват споразумение с лицензиран работодател (подразделение на Агенцията за социално подпомагане, общинската администрация или лицензирана фирма), който отговаря за тяхната работа. Болните, на които се оказва помощта, се одобряват от компетентен медицински орган, който проверява здравословното им състояние. През 2003 г. са сключени договори с 6 230 лични асистенти, докато през 2006 г. техният брой се увеличават на 13 900 лични и 2 800 социални асистенти (Министерство на труда и социалната политика, 2009). През 2010 г. бюджетът на програмата „Асистенти на хора с увреждания“ е намален (поради ограничения, свързани с икономическата криза през 2009 – 2010 г.) и броят на личните асистенти е съкратен до 4 000. През същата година социални и домашни асистенти са се грижили за 5 900 хора с увреждания (Министерство на труда и социалната политика, 2010а).

Резултатите от програмата са положителни за всички, включени в нея – пациентите имат по-добри условия на живот в семейна среда, достъп до социално подпомагане и здравни грижи; асистентите имат официална работа със социални и здравни осигуровки.

5.10 Палиативни грижи

Основните принципи на палиативните грижи са регламентирани в Закона за здравето и целят да осигурят най-доброто възможно качество на живот за пациентите и техните семейства. Съгласно изискванията на закона палиативни грижи се предоставят от ОПЛ, от лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ и от хосписи. Грижите се полагат от екипи, състоящи се от лекар, медицинска сестра, соци-

ален работник, психиатър или психолог (ако е необходим), свещеник от съответната религия (ако болният желае) и доброволци, които обикновено работят като болногледачи. Всички, които оказват палиативни грижи, трябва да преминават през специално обучение.

През 2003 г. НЗОК започва да реимбурсира палиативните грижи. Клиничната пътека „Палиативни грижи за терминално онкологично болни пациенти” може да бъде изпълнявана само от лечебни заведения за болнична помощ, включващи болници за долекуване и продължително лечение, многопрофилни болници за активно лечение със звена за палиативни грижи и комплексни онкологични центрове (бившите онкологични диспансери) и е с продължителност 20 дена.

Палиативни грижи се предлагат също от хосписите и медико-социалните центрове. Хосписите нарастват между 2005 и 2009 г., като техният брой се увеличава със 79% и през 2009 г. в страната функционират 59 подобни лечебни заведения с 659 легла (Национален център по здравна информация, 2010). Преобладаващата част от тях са частна собственост, а някои са собственост на общини, неправителствени организации или религиозни институции. По-голяма част от хосписите, както и някои медицински центрове предлагат палиативни грижи и по домовете, но те обикновено се заплащат от самите пациенти. Съществуват също различни програми, финансирани от общините или други донори, но те са с ограничена продължителност и обхват. Много малко публични ресурси се отпускат за палиативните грижи, което обикновено възпрепятства достъпа на пациентите до тях. В повечето случаи за пациентите се грижат техните семейства, основно поради финансови причини. Друга възможност е наемането на болногледачи (обикновено това са пенсионирани медицински сестри), но техните услуги също се заплащат от пациентите.

Достъпът до палиативни грижи в България е ограничен, няма достатъчно лечебни заведения, предлагащи подобни услуги, а наличните обикновено са концентрирани в по-големите градове. Основните проблеми за развитието на палиативните грижи са свързани с големите регионални различия в разпределението на специализираните лечебни заведения, липсата на квалифициран персонал, ограничени брой услуги, финансирани от бюджета на НЗОК, и липсата на координация и взаимодействие между отделните лечебни заведения при предоставяне на подобни услуги.

5.11 Психиатрична медицинска помощ

Реформа в психиатричната помощ е проведена заедно със здравната реформа в България. Преди 2001 г. много малко промени са осъществени в този сектор – психиатрична помощ се оказва по традиционния институционален модел с малко на брой услуги в извънболничната помощ и недостатъчно взаимодействие със социалната система. Липсват възможности за психо-социална рехабилитация на психично болни пациенти. Повечето специализирани психиатрични болници са изолирани и значителната отдалеченост от домовете и населените места на пациентите пречи за тяхната социална интеграция.

За да се справи с тези проблеми, през 2001 г. МЗ подготвя Национална програма за психично здраве 2001 – 2005 г. Впоследствие тя е преработена и разширена, като през 2004 г. е приета Национална политика по психично здраве 2004 – 2012 г. и Национален план за осъществяване на политиката по психично здраве 2004 – 2010 г. Основните цели на политиката са свързани с опазване и подобряване на психичното здраве на населението, преодоляване на стигмата и дискриминацията и интеграция на психиатричната помощ в здравната система. Предвиден е цялостен подход за превенция, лечение и рехабилитация на психичните заболявания. Националната политика е ориентирана към създаване на многофункционални организации и предоставяне на грижи в общността в тясно сътрудничество и взаимодействие със социалното подпомагане, образователната система и агенциите по заетостта. Националният план за действие се осъществява в сътрудничество с местната администрация, правителствените институции и неправителствени организации.

Основните принципи и правила за предоставяне на психиатрична помощ са регламентирани в Закона за здравето. Съгласно закона държавата, общините и неправителствените организации са отговорни за опазване на психичното здраве на гражданите, като осигуряват достъпна и качествена психиатрична помощ и организират програми за превенция, обучение и промоция. Общините трябва да предоставят възможности за психо-социална рехабилитация, както и материална и социална подкрепа на хора с психични заболявания.

Законът за здравето утвърждава следните основни принципи за осигуряване на психиатрична помощ:

- минимално ограничаване на личната свобода;
- спазване на правата на човека и намаляване на институционализацията на пациенти с психични заболявания;

- стимулиране на самопомощта и взаимопомощта и осигуряване на активна обществена и професионална подкрепа на нуждаещите се;
- изграждане на широка мрежа от специализирани заведения за извънболнична психиатрична помощ;
- даване на приоритет на грижите в семейството и социалната среда.

В закона са предвидени и конкретни правила за физическо ограничаване и задължително настаняване и лечение на пациенти с психични разстройства. И в двата случая пациентът има същите права както и останалите граждани, докато не бъде постановено друго. Съдът взема решение за задължително настаняване и лечение. Условието и процедурите за лечение са регламентирани в заповед на министъра на здравеопазването. През 2004 г. е приет и Медицински стандарт по психиатрия, в който са регламентирани изискванията към качеството на психиатричната помощ и лечебните заведения, които я предоставят.

Психиатрична помощ се предлага от лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ. Услуги в доболничната помощ се предоставят от ОПЛ, индивидуални практики на психиатри и от психиатрични кабинети към медицински и диагностично-консултативни центрове. През 2010 г. НЗОК е сключила договор с 388 лечебни заведения за извънболнична психиатрична помощ (Национална здравноосигурителна каса, 2010а). Те са неравномерно разпределени на територията на страната, концентрирани предимно в трите най-големи града – София, Пловдив и Варна.

Болнична помощ се оказва от специализираните психиатрични болници, от психиатричните отделения към многопрофилните болници, както и от центровете за психично здраве (бившите психиатрични диспансери). През 2009 г. в България има 12 специализирани психиатрични болници с 2 685 легла, 12 центъра за психично здраве с 1 530 легла и 964 легла в многопрофилните болници (Национален център по здравна информация, 2010). Спрямо 2001 г. болничните легла са намалени с 11.3% и през 2009 г. техният общ брой е 5 179. Въпреки усилията за подобряване на достъпа до извънболничната психиатрична помощ, между 2001 и 2009 г. хоспитализациите нарастват с над 40%. През 2009 г. психиатричните легла съставят 10.8% от общия брой на болничните легла или 6.8 на 10 000 души от населението (Национален център по здравна информация, 2010). В някои психиатрични и многопрофилни болници са разкрити и дневни стационари.

Центровете за психично здраве предоставят извънболнична и болнична помощ, профилактика и някои социални услуги. Те реализират

програми за установяване на хора с психични заболявания, за ранна диагностика, продължително лечение и промоция на психичното здраве. Центровете изпълняват и много от функциите на социална организация, включващи наблюдение и консултиране на пациентите, програми за т.нар. „домашен патронаж” и програми за психо-социална рехабилитация и социална адаптация. Те имат също отделения за стационарно лечение на пациенти, чието състояние изисква болнично лечение. Като цяло центровете за психично здраве имат повече пациенти от специализираните психиатрични болници, тъй като вторите приемат пациенти с хронични заболявания и престоят в тях е значително по-дълъг.

Спешна психиатрична помощ се оказва от центровете за психично здраве, специализираните психиатрични болници, психиатричните отделения в многопрофилните болници и от центровете за спешна медицинска помощ. Когато състоянието на пациента изисква по-дълго лечение след овладяване на спешното състояние, той може да бъде задържан до 48 часа.

Наред с това, Министерството на труда и социалната политика, както и общините създават различни социални заведения, които допълват мрежата лечебни заведения за психично здраве (вж. 5.8 Долекуване и продължително лечение). Към тези социални заведения спадат центрове за социална рехабилитация и интеграция (241 с 6 927 места през 2008 г.), дневни центрове за деца и младежи (82 с 2 583 места през 2008 г.), дневни центрове за възрастни с умствена изостаналост (31 центъра с 806 места), домове за деца и младежи с умствена изостаналост (26 домове с 1 612 места) и домове за възрастни с умствена изостаналост (58 домове с 4 689 места) (Национален статистически институт, 2010). В специализираните социални институции работят мултидисциплинарни екипи, включващи лекари, медицински сестри, социални работници и фелдшери.

Психиатричната помощ се финансира от бюджета на НЗОК, както и от държавата и общините. От края на 90-те години на миналия век неправителствени организации създават комуни за лечение на наркотични зависимости. Финансирането се осигурява от донори, от роднини на пациентите и чрез различни проекти.

Според доклада на СЗО от 2001 г. броят на психиатрите в България е относително висок в сравнение с останалите страни в Европа (9 на 100 000 души от населението в началото на 21-и век). Този брой варира от 0.06 на 100 000 души в по-бедните държави до 9 на 100 000 в държавите с висок доход на глава от населението (World Health Organization, 2001).

Обаче от 2001 г. броят на психиатрите в страната намалява и през 2009 г. той достига до 565 или 7 на 100 000 души от населението (Национален център по здравна информация, 2010). България вече изостава от средните стойности за ЕС15 (12.9 психиатри на 100 000) и ЕС12 (8.9 на 100 000) (WHO Regional Office for Europe, 2010). Броят на психолозите също не е достатъчен. Липсват данни за останалите здравни професионалисти, работещи в областта на психичното здраве, но според експертни оценки те са недостатъчни.

Психичните заболявания в България са 2 696.2 на 100 000 през 2000 г. (Национален център по здравна информация, 2003) и намаляват до 2 270.3 на 100 000 през 2009 г. (Национален център по здравна информация, 2010). По отношение на тежките психични заболявания преобладаващите диагнози са умствена изостаналост (519.4/100 000 през 2009 г.), афективни разстройства (388.4/100 000 през 2009 г.) и шизофрения (374.7/100 000 за същата година). Те засягат относително малък процент от населението (1.5%). Според международно епидемиологично изследване са широко разпространени по-леките психични заболявания, които не водят до сериозни нарушения на социалните функции (Министерство на здравеопазването, 2008а). Те представляват 20% от общата заболяемост сред възрастното население през 2006 г. Преобладаващите диагнози в тази категория са чувството на безпокойство (13.1%) и депресивните състояния (8.5%).

Основните проблеми и предизвикателства в областта на психичното здраве са следните (Министерство на здравеопазването, 2008а):

- съсредоточване по-скоро върху лечението, отколкото върху превенцията на психичните заболявания;
- недостиг на програми за ранна диагностика;
- лоша координация между различните лечебни, здравни и социални заведения, предоставящи услуги в областта на психиатричната помощ;
- недостатъчно възможности за обучение (като места за специализация) и недостиг на медицински специалисти.

В България вече се наблюдава тенденция за заместване на институционалните грижи с такива, базирани в общността, но все още тя се развива твърде бавно – местата в дневните центрове са ограничени и неравномерно разпределени на територията на страната. Интеграцията и координацията между различните институции е затруднена, което пречи на непрекъснатостта на грижите. В първичната медицинска помощ психиатричните услуги са все още недостатъчно развити. Рехоспита-

лизациите, прекалено дългият престой и дори доживотната институционализация са все още често срещани явления при хронично болните пациенти. Битовите условия в болниците и социалните домове са много лоши. Съгласно националните планове и програми психичното здраве е един от приоритетите на здравната политика, но това все още не личи на практика. Липсват и достатъчно ресурси, включително и финансови, за устойчиво осъществяване и продължаване на инициативите, плановете и програмите в тази област.

5.12 Дентална помощ

Дентални услуги се предоставят в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ. Според Закона за лечебните заведения извънболничните заведения за дентална помощ са:

- индивидуални или групови практики за първична помощ;
- индивидуални или групови практики за специализирана помощ;
- медико-дентални и дентални центрове;
- самостоятелни медико-диагностични и зъботехнически лаборатории.

Изискванията към лечебните заведения за извънболнична дентална помощ са сходни с тези за медицинска помощ. Лекарите по дентална медицина с обща специалност работят в индивидуални или групови практики за първична помощ, докато лекарите по дентална медицина с призната специалност имат право да работят и в индивидуални и групови практики за специализирана помощ, както и в медико-дентални и дентални центрове. В медико-денталните центрове трябва да има поне 3 лекари и зъболекари с различни специалности, а в денталните центрове трябва да работят не по-малко от трима лекари по дентална медицина с различни специалности. Дентална помощ се предоставя предимно от лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ; болнично лечение се провежда в специализирани хирургически отделения в болниците.

През 2009 г. в България има 33 медико-дентални и 49 дентални центрове, както и над 3 000 индивидуални и групови практики за първична или специализирана дентална помощ (Таблица 5.4). Както и при медицинската помощ, индивидуалните практики преобладават, въпреки че броят на груповите нараства след 2004 г. По-голямата част от лечебните заведения за извънболнична помощ са частна собственост.

Таблица 5.4

Лечебни заведения за извънболнична дентална помощ, 2000–2009 г.

Лечебни заведения	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Индивидуални практики за първична помощ	6765	-	-	-	7758	7483	7863	7888	4658	4724
Групови практики за първична помощ	39	-	-	-	142	146	181	216	210	241
Индивидуални практики за специализирана помощ	163	-	-	-	152	132	155	147	81	67
Групови практики за специализирана помощ	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1
Дентални центрове	82	70	70	60	56	53	52	66	51	49
Медико-дентални центрове	33	26	46	43	44	47	47	56	37	33

Източник: Национален център по здравна информация (за съответните години)

Въпреки че броят на зъболекарите в България е относително висок в сравнение с други страни на ЕС, съществуват значителни различия в регионалното им разпределение. Преобладаващият брой практики са концентрирани в големите градове. Броят на зъболекарите на 10 000 души от населението варира съществено на територията на страната през 2009 г. – от 13.3 в област Пловдив и 11.8 в София-град до 4.8 в област Търговище и 4.9 в област Разград (Национален център по здравна информация, 2010).

Лечебните заведения за дентална помощ функционират подобно на тези за извънболнична медицинска помощ. Те могат да сключват договор с НЗОК и да предлагат услуги, покривани по линия на задължителното здравно осигуряване, както и да сключват договори с дружества за доброволно здравно осигуряване. Пациентите могат директно да посещават зъболекар (без направление), но от НЗОК се покриват само ограничен брой дентални услуги.

За някои специални групи осигурени лица (деца, лишени от родителски грижи, затворници, деца и младежи до 18 години с психични заболявания) денталните услуги се финансират изцяло от НЗОК. За останалите касата реимбурсира частично няколко услуги и пациентите трябва да заплащат останалата част. За деца и младежи до 18-годишна възраст НЗОК покрива един преглед и 4 стоматологични процедури на година; за възрастни се реимбурсират 3 стоматологични услуги на година, определени в НРД. Останалите услуги се заплащат от пациентите. Това донякъде обяснява неравномерното разпределение на лечебните заведения и лекарите по дентална медицина в страната – то зависи от доходите на населението в съответната област или населено място (За-

фирова, Серафимова, Митев, 2010). Болничната дентална помощ се реимбурсира от НЗОК въз основа на 9 клинични пътеки.

5.13 Алтернативна медицина

Алтернативната медицина е разрешена в България. Законът за здравето определя неконвенционалните медицински услуги, които могат да бъдат предлагани:

- използване на нелекарствени продукти от органичен или минерален произход;
- използване на нетрадиционни физикални методи;
- хомеопатия;
- акупунктура и акупресура;
- ирисови, пулсови и аурикуларни методи на изследване;
- диетика и лечебно гладуване.

Хомеопатията може да бъде практикувана само от лекари и зъболекари. Другите методи за алтернативна медицина могат да бъдат прилагани от лекари, зъболекари, фармацевти, специалисти по здравни грижи с диплома от медицински колеж или с бакалавърска степен от медицински университет, както и от хора, които са преминали специално обучение или минимум 4 семестъра в медицински университет.

Специалистите, практикуващи алтернативна медицина, трябва да се регистрират в РЗИ. Центровете контролират изпълнението на законовите изисквания, ефекта от лечението и проверяват жалбите от пациентите. Пациентите трябва да бъдат регистрирани в специален журнал, като се отразяват данните за здравните проблеми и предписаното или проведено лечение. Неконвенционалните медицински услуги не се покриват от НЗОК и се заплащат от пациентите.

5.14 Здравни услуги за специални групи от населението

Ромското население, едно от етническите малцинства в България, представлява около 5% от населението в страната (по данни от националното преброяване от 2011 г.). Осигуряването на достъп до здравни услуги за над 325 000 представители на ромския етнос е проблем за здравната система. Ромите се отличават с висока раждаемост и много

висока смъртност. Детската смъртност при тях е над 3 пъти по-висока в сравнение с останалите етнически групи. Продължителността на живот е с около 10 години по-кратка; заболяемостта от хронични болести е значително по-висока (Министерство на здравеопазването, 2005). Лошите жилищни условия, ограниченият достъп до чиста вода и липсата на канализация правят ромското население уязвимо на инфекциозни заболявания, включително хепатит А и туберкулоза. Представителите на ромския етнос, живеещи под прага на бедността, са 10 пъти повече (в относително изражение), отколкото останалите българи. Много от тях са безработни и бездомни, а значителна част от децата на улицата и проституиращите жени и мъже са роми. Изследване от 2004 г. показва, че само 54% от ромите са задължително здравно осигурени (Министерство на здравеопазването, 2005). Социалното здравно осигуряване е задължително за всички български граждани, но културните особености, ниската образованост и честата миграция възпрепятстват прилагането на законовите изисквания сред ромската общност и водят до неравенства в достъпа до здравни услуги.

Правителството на България предприема някои важни мерки, целящи да подобрят достъпа на ромското население до здравни услуги. Разработени са национален план „Десетилетие на ромското включване 2005-2015” и Стратегия срещу бедността и социалната изолация. Правителството също приема Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства, за да реши здравните проблеми на специални групи от населението, включително и на ромите.

Национални и регионални програми, целящи да интегрират ромската общност в здравната система, се реализират в колаборация с неправителствени организации. Представители на ромския етнос са обучени като медиатори, за да се повиши информираността сред тази група от населението. Те трябва да действат като връзка с лечебните заведения, да подпомагат провеждането на специфични здравни изследвания и да координират местни здравни програми. На регионално ниво се провеждат различни здравни програми, включително за семейно планиране и за предпазване от полово предавани болести.

Между 2004 и 2009 г. с подкрепата на МЗ е реализиран проект „Интеграция на малцинствата със специален фокус върху ромите“. В партньорство с общинските власти се създават условия за доближаване на здравното обслужване до ромското малцинство чрез откриване на медицински и дентални служби, екипиране на мобилни лаборатории и

организиране на консултации в райони с висока концентрация на роми. Провеждат се и скринингови програми. И въпреки това продължава да съществува една сравнително голяма част от населението (хора с нисък доход, безработни и необразовани, включително и роми), които срещат значителни затруднения при достъпа до здравни услуги. Няколко изследвания показват неравенствата в достъпа до здравни услуги, с които се сблъскват ромските деца. Сред най-значимите бариери са бедността, административните и географски пречки, ниската образованост на родителите и липсата на подходящи механизми за отчитане на културните, езикови и религиозни специфики на тази група от населението (Rechel et al., 2009a).

Осигуряването на медицински услуги за затворници се регламентира със заповед на МЗ и Министерството на правосъдието. Медицинска помощ се осигурява от медицински центрове и специализирани болници в затворите, които са собственост на Министерството на правосъдието. При необходимост лишените от свобода могат да се лекуват и от други лечебни заведения.

Военните служители и полицаите могат да посещават директно (без направление) лечебните заведения, собственост на Министерството на отбраната и Министерството на вътрешните работи. Те имат достъп до останалите лечебни заведения по реда на условията на Закона за здравното осигуряване.

6. Основни реформи в здравеопазването

Здравната реформа след 1989 г. преминава през три етапа. Първият етап (1989–1996) се характеризира с премахването на държавния монопол в здравната система, изграждането на децентрализирана здравна администрация и зараждането на идеята за въвеждане на здравноосигурителната система. През втория етап (1997–2001) е въведена здравноосигурителната система чрез основополагащите закони за здравното осигуряване, за лечебните заведения и за професионалните организации на лекарите и стоматолозите. През третия етап (от 2002 г. до настоящия момент) са доизградени законодателните основи на здравната реформа с приемането на нови закони и с изменения и допълнения към съществуващите нормативни актове. Усилията по време на третия етап са насочени към намаляване на броя на здравно неосигурените лица и осигуряване на финансовата стабилност на системата (главно чрез увеличаване на размера на здравноосигурителната вноска от 6% на 8%). Тези усилия все още не са довели до желаните резултати.

Редица промени са направени в структурата и управлението на здравната система. Ограничена е автономността на НЗОК, което значително увеличава ролята на държавата в нейното управление. С изменения в Закона за здравето през 2009 г. се създава обществен съвет по правата на пациентите към Министерството на здравеопазването. През 2010 г. бившите диспансери са трансформирани и преименувани в центрове за психично здраве, обединени онкологични центрове и центрове за кожно-венерически заболявания. През февруари 2011 г. Правителството одобрява нова Национална здравна карта с цел да се определят минималният и максималният брой на лечебните заведения по вид и области, съответстващи на реалните потребности на населението.

Развитието на националните медицински стандарти за различните медицински специалности, предвидено в Закона за здравето от 2004 г., е процес, който продължава и до днес. Създадени се нови стандарти, броят на включените в тях медицински специалности се увеличава, а съществуващите стандарти са усъвършенствани. През 2010 г. е създадена новата Изпълнителна агенция „Медицински одит“ към Министерството на здравеопазването. Основните функции на агенцията са контрол върху качеството на медицинските услуги и безопасността за пациентите. В същото време акредитацията на лечебните заведения, възприемана като един от основните елементи на системата за управление на качеството, престава да бъде задължителна.

Съгласно Националната здравна стратегия 2008–2013 бъдещото развитие е с акцент върху общественото здраве, лекарствоснабдяването, развитието на човешките ресурси, интегрираната информационна система и финансовата стабилност, както и участието в дейността на европейските институции и ефективното усвояване на структурните фондове на ЕС. Съществуват също и планове за промени в областта на доброволното здравно осигуряване и механизмите за финансиране на болничната помощ.

6.1 Анализ на предходни реформи

Здравната реформа през последните двадесет години преминава през три определени етапа, които се различават по отношение на тяхната значимост, интензитет и постигнати резултати (Димова, Попов и Рохова, 2007). Първият етап (1989–1996) се характеризира с премахването на държавния монопол в здравната система чрез възстановяване на частния сектор и професионалните организации на лекарите и стоматолозите и изграждане на децентрализирана здравна администрация. Налага се идеята, че въвеждането на социална здравноосигурителна система е единственият начин за ефективно реформиране на системата на финансиране. Почти всички усилия през този период са насочени към извършването на някои важни промени, но те не представляват една систематична здравна реформа.

През втория етап (1997–2001 г.) се извършват най-съществените промени до настоящия момент. Приемането на реформения пакет закони, състоящ се от законите за здравното осигуряване, лечебните заведения и професионалните организации на лекарите и стоматолозите, заедно с фармацевтичното законодателство, създадено през първия етап, форми-

рат сърцевината на здравната реформа. Тези закони целят създаването на регулация на демократичното и пазарно развитие на медицинската помощ в България. Най-съществените промени са:

- въвеждането на здравноосигурителната система чрез създаването на Националната здравноосигурителна каса и легализирането на доброволното здравно осигуряване (1998);
- премахването на държавния монопол;
- промяната в организацията и функционирането на здравната система;
- въвеждането на договорните отношения между НЗОК и лечебните заведения, както и новите механизми за заплащане;
- децентрализацията в управлението на лечебните заведения и
- присъждането на определени права и отговорности на професионалните организации на лекарите и стоматолозите, свързани с регулацията на здравната система.

През този период се постига решаването на една от основните задачи на здравната реформа. Функционирането на предишната здравна система е преустановено и е поставена нормативната, организационна и структурна основа за новата здравна система, кореспондираща с новите политически, икономически и обществени отношения в страната.

За разлика от втория, третият етап (от 2002 г. до настоящия момент) се характеризира със забавено и колебливо развитие на реформените инициативи. Това често включва непоследователни и противоречиви мерки, които променят първоначалната посока на реформата. Най-значимият резултат е доизграждането на законодателната основа на здравната реформа чрез приемането на нови закони и изменения и допълнения към съществуващите нормативни актове. От особена важност за здравната система са Законът за здравето, който заменя Закона за народното здраве от 1972 г., и Законът за професионалните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (2005). В допълнение са направени някои изменения в основните здравни закони, приети през предишните реформени етапи (Каре 6.1). Голямата част от промените през третия етап, обаче, не повлиява съществено върху дизайна и функциите на системата. Освен това, няколко стратегии, концепции и планове (например за реструктуриране на болничната помощ) са развити в различни моменти, без да бъдат напълно реализирани.

Каре 6.1

Основни реформи и политически инициативи

Първи етап (1989–1996)

- 1989 Начало на демократичния преход
- 1990 Възстановяване на българските медицински асоциации
- 1991 Нова Конституция на Република България
- 1991 Закон за местното самоуправление и местната власт
- 1991 Наредба за частната медицинска и стоматологична практика
- 1994 Правителствен указ за договарянето на медицинските услуги
- 1995 Национална здравна стратегия
- 1995 Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина

Втори етап (1997–2001)

- 1997 Закон за здравословни и безопасни условия на труд
- 1998 Закон за здравното осигуряване
- 1998 Закон за професионалните организации на лекарите и стоматолозите
- 1999 Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите
- 1999 Закон за лечебните заведения
- 1999 Закон за храните
- 2000 Първи Национален рамков договор (на годишна база)
- 2001 Национална здравна стратегия

Трети етап (2002–)

- 2002 Закон за защита от вредното въздействие на химичните вещества и смеси
(изменения и допълнения през 2005, 2006, 2007, 2008, 2010 г.)
- 2003 Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането (изменения и допълнения през 2006, 2007 г.)
- 2004 Промяна във финансирането на болничната помощ
- 2004 Национална лекарствена стратегия
- 2004 Закон за трансплантацията на органи, тъкани и клетки (изменения и допълнения през 2005, 2006, 2009 г.)
- 2004 Закон за здравето (изменения и допълнения през 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 г.)
- 2005 Закон за ратифициране на рамковата конвенция за контрол на тютюна
- 2005 Закон за професионалните организации на медицинските сестри,

	акушерките и асоциираните медицински специалисти (изменения и допълнения през 2005, 2006, 2007, 2008 г.)
2005	Закон за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (променено наименование през 2005; изменения и допълнения през 2005, 2006, 2007, 2008 г.)
2005	Изменения и допълнения на Закона за лечебните заведения от 1999 г. (2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 г.)
2005	Изменения и допълнения на Закона за здравното осигуряване от 1998 г. (2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 г.)
2005	Изменения и допълнения на Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите от 1999 г. (2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 г.)
2005	Изменения и допълнения на Закона за здравословни и безопасни условия на труд от 1997 г. (2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 г.)
2005	Изменения и допълнения на Закона за храните от 1999 г. (2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 г.)
2006	Закон за ратифициране на Допълнителния протокол към Конвенцията за защита на правата на човека и на човешкото достойнство във връзка с прилагането на постиженията на биологията и медицината относно забрана на клонирането на човешки същества
2006	Стратегия за въвеждане на електронното здравеопазване в България
2007	Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина (заменя Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина от 1995 г.)
2007	Закон за медицинските изделия (изменения и допълнения през 2008 и 2009 г.)
2008	Признаване на професионална квалификация по регулирана медицинска професия, придобита в чужбина
2008	Национална здравна стратегия 2008 – 2013

Здравно неосигурени лица

Условията да се намали броя на хората без здравна осигуровка, които са споменати и в предишното издание на „Здравните системи в преход“ за България (Georgieva et al., 2007), продължават без успех. Проблемът възниква през 2003 г., когато Националният осигурителен институт (организацията, отговорна за събирането на здравните осигуровки) благодарение на създадената си информационна система вече е в състояние да предостави данни за осигурителния статус на населението. В отговор на това НЗОК преустановява плащането за неосигурените лица. По данни на Министерството на здравеопазването от март 2004 г. с най-голям

дял от неосигурените лица, повече от два милиона души през 2003 г., са българските граждани, живеещи в чужбина, както и тези с нисък социално-икономически статус (Макрова и Киров, 2007). През декември 2004 г. са направени промени в Закона здравното осигуряване за редуциране на броя на неосигурените. Първо, хората, живеещи в чужбина повече от 183 дни в годината, са освободени от задължението да плащат здравни осигуровки. Второ, държавата поема отговорността да заплаща здравните осигуровки за пенсионерите, военноинвалидите, децата до 18-годишна възраст и гражданите, получаващи социални помощи. В резултат на това, броят на здравно неосигурените намалява. През 2004 г. техният брой се установява на 1.4 милиона, а през 2005 г. намалява до 1.1 милиона (Сметна палата, 2006). През 2006 г. Сметната палата прави заключението, че законодателните промени не са довели до съществено намаляване на броя на здравно неосигурените лица. Наблюдава се само намаляване на броя на неосигурените лица от най-ниско доходните групи (Сметна палата, 2006). От 2010 г. гражданите губят здравноосигурителните си права при неплащане на три месечни осигурителни вноски през последните 36 месеца, вместо през последните 12 месеца, както е дотогава. Удължаването на този период, обаче, не повлиява върху броя на постоянно или дългосрочно неосигурените лица (по-голямата част от които с ниски или никакви доходи). Това просто означава, че неосигурените натрупват дълг за по-дълъг период. В началото на 2011 г. според съобщения в медиите повече от 1.7 млн. души (23% от населението) нямат здравна осигуровка.

Финансова стабилност на здравната система

През 2009 г. задължителната здравноосигурителна вноска е увеличена от 6% на 8% от дохода. Това, заедно с нарастването на минималния осигурителен доход, увеличава приходите на НЗОК с 67% през 2009 г. в сравнение с 2008 г. Но системата продължава да изпитва недостиг на финансови ресурси. В ред интервюта министърът на здравеопазването и неговите заместници заявяват, че болниците имат дългове в размер на повече от 340 млн. лв. (174.4 млн. евро) към доставчици през 2009 г. През 2010 г. дълговете продължават да се трупат – факт, широко обсъждан в медиите. Общинските болници също изпитват финансови затруднения. Основната причина за недофинансирането на системата е в цените на здравните услуги. Цените са основани не на действителните разходи за услугите, а на финансовите възможности на НЗОК. Поради това, цените са определени от НЗОК, а не чрез пазарни механизми.

Недостигът и неефективното използване на финансовите ресурси от лечебните заведения са разпознати като две от най-значимите слабости на здравната система (Национална здравна стратегия 2008–2013). Вероятно, обаче, финансовите затруднения на системата се дължат в по-голяма степен на механизмите за заплащане на медицинската помощ (които не стимулират ефективността), отколкото на неспособността на лечебните заведения да използват ефективно ресурсите си. Въпреки че, несъмнено, здравната система се нуждае от повече ресурси, механизмите на заплащане не възнаграждават ефективността и добрата работа. Ако тази система, както и липсата на инициативи за промяна се запазят, здравната система ще продължи да абсорбира толкова финансови ресурси, колкото ѝ бъдат предоставени (Димова, Попов и Рохова, 2007).

Структура и управление на здравната система

Промените с най-голямо отражение върху здравната система са тези в управлението на задължителното здравно осигуряване. Относителната автономия на НЗОК е ограничавана на два пъти (през 2002 и 2009 г.) и контролът от страна на държавата върху нейното управление е значително засилен. Основана като автономна институция, НЗОК губи съществена част от своята автономия в годините след 2002 г. Първоначално държавата, работодателите и осигурените лица са представени по равно във върховния орган за управление на НЗОК (Събранието на представителите). През 2002 г., с изменение в Закона за здравното осигуряване, броят на представителите на работодателите и осигурените лица е намален. Това значително повишава ролята на държавата в управлението на НЗОК. Промени през 2009 г. включват премахването на Събранието на представителите и Контролния съвет, както и повторно редуциране на броя на гражданите и други неправителствени представители в управленския орган на НЗОК. На практика, в резултат от това, НЗОК се превръща в подчинена структура на Министерството на здравеопазването. Тези промени имат за цел да засилят контрола от страна на държавата върху публичните ресурси за здравеопазване, но на практика нарушават някои от водещите принципи на здравноосигурителната система. Така централизацията в управлението на НЗОК отдалечава още повече гражданите от здравната система и съществено намалява доверието в иначе обществената институция (НЗОК). Може да се предположи, че проблемът с големия брой на здравно неосигурените лица ще се задълбочи.

Гражданското участие в управлението на здравната система и формирането на здравната политика е не само израз на демократичност. То позволява развитието на здравната система да бъде ориентирано към

потребностите, желанията и очакванията на гражданите (Димова, Попов, Рохова, 2007). Въпреки че съществуват много пациентски организации и организации по правата на пациентите, техният потенциал да оказват влияние върху здравната политика и здравната система е несъществен. Окуражаващ факт е, че с изменение на Закона за здравето от 2009 г. е създаден обществен съвет по правата на пациентите към Министерство на здравеопазването. Този съвет включва представители на различни пациентски организации. Но той има само консултативни функции по отношение на правата на пациентите. Законът също така определя изискванията към пациентските организации относно тяхната структура и дейност.

Заедно с тези промени в здравното законодателство са направени и много други по-малки изменения и допълнения. Те нямат съществен ефект върху дизайна и функционирането на системата. През 2010 г., с изменения и допълнения в Закона за лечебните заведения, са внесени промени в някои от тях. Предишните диспансери са преименувани в центрове за психично здраве, комплексни онкологични центрове и центрове за кожно-венерически заболявания. Центровете за медико-социални грижи за деца са трансформирани в центрове за хронично болни пациенти (сестрински домове). В началото на 2011 г. Регионалните здравни центрове са обединени с Регионалните центрове за опазване и контрол на общественото здраве, формирайки новите Регионални здравни инспекции. Регионалните здравни инспекции комбинират функциите на предишните две институции и имат намален състав за сметка на свободните работни позиции и пенсионираните лица.

Одобрена от правителството през февруари 2011 г., новата Национална здравна карта дефинира минималния и максималния брой на лечебните заведения, с които НЗОК може да сключи договор. Картата, също така, определя болниците, с които НЗОК е длъжна да сключи договор. Тези болници са 100% или 51% държавна собственост. НЗОК е свободна да сключи договор с общински и частни болници до максималния брой на болниците, определени в Националната здравна карта за всяка област на базата на определени критерии. Тези критерии, обаче, са все още неизяснени. По тази причина през 2011г. НЗОК сключва договор с всички лечебни заведения, които отговарят на изискванията, определени в НРД, вместо да се съобрази с органиченията, поставени в НЗК. Без съмнение, Националната здравна карта е необходим инструмент за контрол върху публичните разходи за здравеопазване. Но поради монополния статут на НЗОК и неразвятия пазар на доброволното здравно осигуряване тя може да има негативно влияние върху общин-

ските и частните лечебни заведения, ограничавайки достъпа на пациентите до системата.

Управление на качеството на здравните услуги

Създаването на националните медицински стандарти по различните профилни специалности, предвидено в Закона за здравето от 2004 г., е процес, който продължава и понастоящем. Разработват се нови стандарти, увеличава се броят на обхванатите от тях медицински специалности и се усъвършенстват вече разработените. Към 2011 г. съществуват 56 национални медицински стандарти (Министерство на здравеопазването, 2011). Стандартизирането на медицинската практика е позитивна стъпка по пътя към подобряване на качеството, но сред професионалистите съществуват някои съмнения относно качеството на самите стандарти.

От началото на 2010 г. акредитацията на лечебните заведения, смятана за един от основните елементи на системата за управление на качеството, от задължителна става доброволна процедура. Поради факта, че акредитационните оценки, добри или лоши, не оказват влияние върху заплащането на лечебните заведения, те вече нямат стимул да я извършват. В допълнение, практиката показва, че пациентите не избират лечебните заведения според акредитацията. Вместо това, през 2010 г. е създадена Изпълнителна агенция „Медицински одит“ към Министерството на здравеопазването. Основната функция на агенцията е контрол върху качеството на здравните услуги и безопасността за пациентите. От създаването си агенцията извършва основно проверки, голяма част от които са предизвикани от сигнали и жалби на пациенти.

Другите ключови участници в системата за управление на качеството (дискутирани също и в предишното издание, Georgieva et al., 2007) са Националната здравноосигурителна каса и професионалните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина. Заплащането за случай чрез клиничните пътеки, какъвто е финансиращият механизъм, използван от НЗОК за заплащане на болниците (вж. 3.7 *Механизми за заплащане*), е използван и като механизъм за осигуряване и контрол върху качеството. В НЗОК има специален отдел за медицински контрол върху всички договорни партньори. Професионалните организации на лекарите и зъболекарите са отговорни за разработването на правила и насоки за добра медицинска и стоматологична практика. Те също така са отговорни и за продължаващото медицинско обучение, като част от системата за осигуряване на качеството.

6.2 Бъдещо развитие

Националната здравна стратегия от 2007 – 2012 г., описана в предишното издание на *Здравните системи в преход за България* (Georgieva et al., 2007), е трансформирана в Национална здравна стратегия 2008–2013 г., потвърждавайки първоначалните девет стратегически цели: (1) осигуряване на условия на здравна промоция и превенция, (2) предоставяне на гарантирани здравни услуги с подобро качество и достъп, (3) подобряване на извънболничната помощ, (4) реструктуриране на болничната помощ и повишаване на ефективността, (5) осигуряване на необходимите лекарства и медицински изделия, отговарящи на потребностите на населението, (6) развитие на човешките ресурси, (7) създаване на интегрирана система за електронен обмен на данни в здравната система, (8) осигуряване на финансовата стабилност на националната здравна система и (9) постигане на ефективно членство в ЕС.

Съгласно плана за действие към Националната здравна стратегия конкретните дейности са в областта на:

- общественото здраве (приложение на редица национални целеви програми, насочени към лечение на и предпазване от социалнозначимите заболявания, повишаване на обществената информираност за здравословния начин на живот, подобряване на мрежата за опазване на общественото здраве и т.н.);
- лекарствоснабдяването (установяване на строг контрол върху качеството, безопасността и ефикасността на лекарствата);
- развитие на човешките ресурси (подобряване на качеството на обучение на управленския персонал на всички нива, актуализирани програми за обучение);
- интегрирана система за електронен обмен на данни в здравната система;
- финансова стабилност на националната здравна система (увеличаване на публичното финансиране на здравната система, повишаване на информираността на пациентите относно доброволното здравно осигуряване) и
- участие в дейностите на институциите на ЕС и ефективно усвояване на европейските структурни фондове.

Въпреки че в плана за действие се предвижда повечето от дейностите в областта на подобряване на качеството и реструктурирането на болничния сектор да се изпълнят до 2011 г., много от тях не са реали-

зирани. Примери за това са изграждане на система за безопасност за пациентите в съответствие с европейските изисквания, обвързване на заплащането с акредитационната оценка и развитие на мрежата от лечебни заведения за дългосрочни грижи и болници за рехабилитация.

Към настоящия момент се подготвят няколко промени в Закона за здравното осигуряване. Те предвиждат разрешаване на компаниите от застрахователния сектор да извършват и доброволно здравно осигуряване. Това би отменило изискванието само компании, които са единствено предназначени за доброволно здравно осигуряване, да го извършват. Доброволното здравно осигуряване (което може да покрива и профилактични дейности заедно с другите осигурителни пакети) ще бъде заменено от застраховане, което може да покрие само определени рискове. Мотивът за това предложение за промяна е изискване на Европейската комисия. Асоциацията на ДДЗО не подкрепя този проект. Основната причина е, че ДДЗО няма да предлагат повече осигурителни пакети, особено тези за превенция и профилактика (вж. 3.5.3 *Дейност на ДДЗО*). По този начин същността на доброволната здравноосигурителна система ще се промени.

В края на 2010 г., в интервюта за медиите, министърът на здравеопазването заявява, че от 2012 г. се предвижда клиничните пътеки да бъдат заменени с диагностично-свързани групи (ДСГ) като инструмент за финансиране на болниците. Според други съобщения от началото на 2011 г. въвеждането на електронното здравно досие ще бъде забавено, а интегрираната система за електронен обмен на данни не може да бъде изградена по-рано от 2020 г. (Министерство на здравеопазването, 2011а).

Въпреки че има известна неопределеност относно специфичните промени, които ще бъдат направени в здравната система, приоритетите за нейното бъдещо развитие са ясни. Основните приоритети могат да бъдат открити в Двустранното споразумение за сътрудничество между Министерството на здравеопазването на България и Европейското бюро на Световната здравна организация 2010/2011. Средносрочните приоритети за сътрудничество за 2008–2013 г. са: (1) подобряване на организацията, лидерството и управлението на здравната система и предоставянето на здравните услуги, включително и готовността за действие при кризи, (2) намаляване на здравната, социалната и икономическата тежест на заразните заболявания, (3) засилване на здравната промоция и превенция на незаразните заболявания, (4) подобряване на системите за наблюдение и контрол върху околната среда и безопасността на хра-

ните и (5) намаляване на здравните последици при спешни ситуации, бедствия, кризи и конфликти и минимизиране на тяхното социално и икономическо въздействие.

7. Оценка на здравната система

В началото на 90-те години здравната реформа в България има две основни цели. Първата е подобряване на здравето на населението. Втората е изграждане на здравна система, която да отговаря на здравните нужди на хората и в същото време да е основана на демократични и пазарни принципи. Двадесет години по-късно тези цели не са постигнати и наложителността от реформа на здравната система изглежда дори още по-голяма. Подобренията в здравния статус на нацията са неудовлетворителни, като основните здравни показатели остават доста под средните за ЕС. Гражданите, както и работещите в здравната система, са недоволни от нейното функциониране. Водещите принципи, върху които е основана системата, не се спазват. Въпреки че след въвеждането на ЗЗО здравните разходи са се увеличили почти три пъти, системата продължава да се характеризира с недостиг на финансови ресурси, нисък здравен статус и големи неравенства на всички равнища.

Българските граждани страдат от неадекватна финансова защита и неравномерно разпределение на финансовата тежест. Постигането на равенство в рамките на здравната система е предизвикателство не само поради различията в здравните потребности, но и поради социо-икономическите различия и териториални дисбаланси. Здравните услуги за населението варират значително от гледна точка на качеството и достъпа в различните области. Бедността е сериозна бариера в достъпа до здравна помощ, особено при система, силно разчитаща на формалните и неформални директни плащания.

7.1 Цели на здравната система

Реформата на здравната система в България от началото на 90-те години на 20. век има две основни цели (Димова, Попов, Рохова, 2007):

- преустановяване на негативните тенденции в здравния статус на населението и неговото по-нататъшно подобряване и
- създаването на нова система, която да кореспондира със здравните потребности на населението и да е основана на демократичните и пазарните принципи.

Двадесет години по-късно тези цели все още не са постигнати и необходимостта от по-нататъшна реформа са запазва.

Основните индикатори за здравния статус на населението показват, че реформата не е постигнала главната си цел да се преустанови влошаването на здравното състояние на населението. Подобренията в това отношение са неудовлетворителни, оставяйки здравните индикатори под средните за ЕС (вж. 7.4.1 *Здравно състояние на населението*). Например средната продължителност на живота нараства между 1997 и 2009 г. основно поради съществното намаляване на детската смъртност, но все още е под средната за ЕС. Причина за толкова ниската продължителност на живота в България е относително високата смъртност във възрастовата група от 40 до 59 години. Въпреки че стандартизираният показател за смъртност намалява след върховата си стойност през 1997 г., действителната смъртност се увеличава непрекъснато след това поради увеличаване на смъртността сред споменатата по-горе възрастова група. Смъртността от заболявания на органите на кръвообращението и онкологичните заболявания заема повече от 80% от умиранията в България през 2009 г. Това показва, че съществува значително поле за действие на здравната система, особено във връзка с общественото здраве и промените в стила на живот, но също и по отношение на лечението на хипертонията и инсултите. Позитивни промени се наблюдават в показателите за детска и майчина смъртност, както и в тези за заразните заболявания, които намаляват от началото на 90-те години. Независимо от общото намаление, обаче, детската смъртност в България остава близо два пъти по-висока от средната за ЕС27 през 2008 г. Освен това съществуват и значителни географски различия в показателите за детска смъртност, като смъртността в селските региони е два пъти по-висока от тази в градовете.

Втората цел на здравната реформа в България е създаването на либерализирана, икономически стабилна здравна система, която да бъде ориентирана към пациента. Предвижданията са за здравна система, изградена върху приемлив баланс между пазарните сили и обществената регулация. Новата здравна система притежава тези характеристики. Тя не е вече монопол на държавата и частният сектор е добре развит в извънболничната и болничната помощ, както и във фармацевтичното производство и дистрибуция. Някои държавни функции в здравния

сектор са прехвърлени към областните и общинските администрации. Съществуват договорни отношения между финансиращите фондове и лечебните заведения. Участието на гражданите във финансирането на здравеопазването постепенно се развива. Някои мерки, предприети по време на реформения процес, обаче, противоречат на тези принципи и това отклони здравната система в нова посока.

В средата на 90-те години създаването на Регионалните центрове по здравеопазване (сега Регионални здравни инспекции) подпомага процеса на децентрализация, но в същото време техните функции са ограничени до елементарни административни и бюрократични отговорности. Две от най-съществените управленски функции, планирането и регулирането на здравната система, се изпълняват изцяло на национално равнище.

Въпреки че ролята на частния сектор се повишава, държавата остава собственик на много лечебни заведения. Тя притежава всички университетски болници и национални центрове, националните специализирани болници, центровете за спешна медицинска помощ, психиатричните болници, центровете за трансфузионна хематология и диализа, както и 51% от капитала на областните болници.

Въвеждането на пазарни механизми в здравната система е стъпка към нейното либерализиране. Като се изключи фармацевтичният сектор, обаче, пазарът на здравни услуги все още е недостатъчно развит. Има няколко пречки пред приложението на пазарните принципи в здравния сектор, включително значителния дял на държавната собственост, административните изисквания към лечебните заведения и механизмите за заплащане, които може и да работят в посока на осигуряване на равнопоставеност в достъпа и качеството на услугите, но също така водят и до липса на конкуренция и намалени възможности за технологични иновации. Нещо повече, най-значимият монопол в българската здравна система е в областта на здравното осигуряване. Поради монополния статут на НЗОК липсва конкуренция и пазарност в здравноосигурителния сектор и лечебните заведения нямат властта да договарят обхвата и цените на предоставяните услуги на индивидуална основа.

Развитието на здравната система и появата на нови лечебни заведения през последните години изглеждат по-скоро хаотични или, в най-добрия случай, предмет на случайно действащи фактори (Хинков и др., 2011). Регулаторната рамка за разкриване и регистрация на нови лечебни заведения и за процеса на договаряне (основно за болнична помощ) не кореспондира с ралните потребности на населението и здравната ин-

фраструктура се развива до голяма степен с тези дейности, които генерират най-големи приходи за доставчиците на здравни услуги. Това създава порочни стимули и злоупотреби с ограничените ресурси и води до несъответствие между търсенето и предлагането на здравните услуги.

В един положителен аспект правителството прави сериозни стъпки към въвеждане на стратегията „здраве във всички политики”, за да гарантира междусекторното сътрудничество. Това сътрудничество е дефинирано в различни законодатени и нормативни актове и се осъществява на национално, областно и местно равнище от междуведомствени комисии, съвети и експертни групи (вж. 2.6 *Междусекторно сътрудничество*).

7.2 Финансова защита и равенство във финансирането

7.2.1 Финансова защита

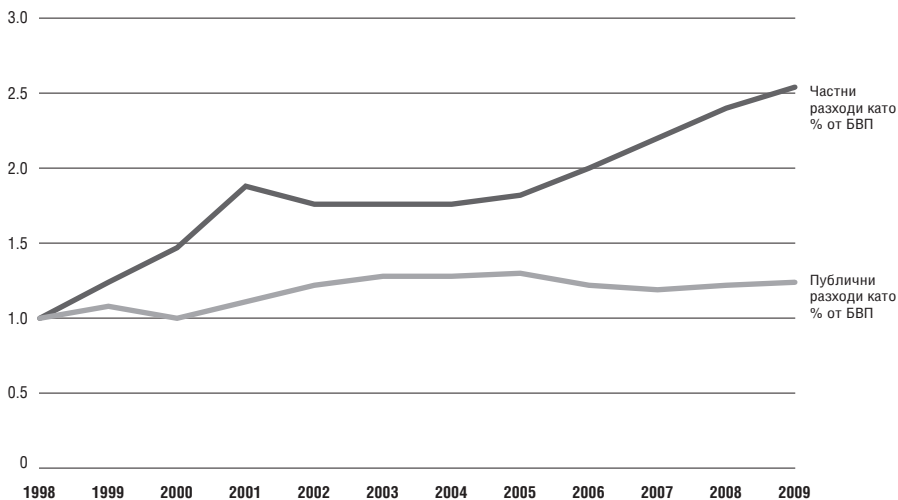
Сравнително високият (в сравнение със средния за ЕС) процент на директните частни плащания в България свидетелства за неадекватната финансова защита, която системата на социалното здравно осигуряване предоставя на гражданите. От 1998 г. частните плащания нарастват значително, задминавайки ръста на публичните разходи за здравеопазване (Фиг. 7.1).

Анализ на данните показва силна зависимост ($R = 0.759$) между здравните разходи на глава от населението и частните плащания (от джоба на пациента). По-нататъшният анализ показва, че повече от 57% от частните разходи нарастват поради недофинансирането на здравната система от публични източници (Атанасова, Мутафова, Павлова, 2010). Това дава сериозни доказателства за недостатъчната финансова защита на населението.

От 1999 г. разходите на домакинствата за здравеопазване нарастват ежегодно в абсолютни стойности и като процент от общите им разходи. Като процент от общите разходи на домакинствата, разходите за здравеопазване нарастват от 2.9% през 1999 г. до 5.3% през 2009 г. За същия период ръстът на здравните разходи на домакинствата значително надвишава ръста както на доходите, така и на разходите (Фиг. 7.2). Не е изненадващ фактът, че здравните разходи минават от предпоследното девето място през 1999 г. в структурата на домакинските разходи на четвърто място през 2009 г. (Национален статистически институт, 2011а).

Фиг. 7.1

Индекс на нарастване на публичните и частните разходи за здравеопазване като процент от БВП

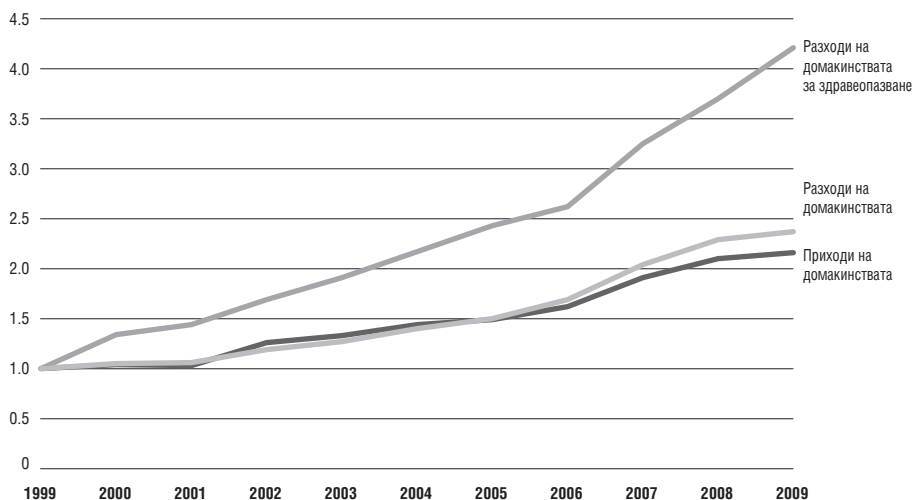


Източник: Атанасова, Мутафова, Павлова, 2010.

Бележка: Базата за изчисление на индекса е стойността за 1998 г.

Фиг. 7.2

Индекс на нарастване на домакинските приходи, общите разходи и разходите за здравеопазване



Източник: Атанасова, Мутафова, Павлова, 2010

Бележка: Индексът е изчислен на база 1999 г.

Общите частни разходи за здравеопазване почти се удвояват между 2003 и 2008 г. (Таблица 7.1). За същия период средногодишната инфлация е 8.8%, докато средногодишната инфлация в здравеопазването е 4.9% (Национален статистически институт, 2011e; собствени изчисления). Разглеждайки директните плащания по вид на закупуваните услуги, най-голям ръст се наблюдава при болничните услуги, разходите за които нарастват повече от четири пъти през същия период. Това може да бъде обяснено със слабостите във функционирането на първичната здравна помощ и увеличения брой на пациентите, приети в болница.

Таблица 7.1

Директни плащания на домакинствата по вид на услугите в милиони лева и евро

Вид на услугите	2003			2008		
	лева	евро	%	лева	евро	%
Лекарства	746.9	381.9	74.4	1 392.1	711.8	71.1
Извънболнични услуги	181.6	92.9	18.1	259.7	132.8	13.3
Болнични услуги	75.3	38.5	7.5	306.3	156.6	15.6
Общо	1 003.8	513.2	100	1 958.19	1 001.20	100

Източник: Национален статистически институт, 2010.

По данни от национално представително проучване, проведено през 2006 г., високите цени са направили лекарствата и някои услуги недостъпни за голяма част от населението. 23.2% заявяват, че изпитват недостиг на финансови средства за закупуване на предписаните им медикаменти, докато 56.0% не могат винаги да си позволят да закупят всички предписани им лекарства, които са необходими за тяхното лечение. В допълнение, 28.7% декларират, че изпитват финансови затруднения да заплащат директно за медицински услуги, и 49.9% обвиняват здравната реформа за увеличаването на здравните им разходи (Димова, Попов, Рохова, 2007). Според проучване, проведено през 2009 г., 70% от гражданите имат непрекъснато нарастващи месечни разходи за здравеопазване, но само 28% могат да си ги позволят, без да се лишават от нещо друго (храна, дрехи и т.н.). За повече от 80% от респондентите здравните разходи са се увеличили по време на здравната реформа (Петев, 2009).

7.2.2 Равенство във финансирането

Една от целите на здравната реформа е изграждането на финансова система, основана на солидарността и социалната справедливост в разпределението на финансовата тежест, но тази цел не е постигната. В системата на социалното здравно осигуряване финансовата тежест се

разпределя между осигурените лица, техните работодатели и държавата, тъй като осигуровките са обвързани с дохода (вж. 3.2 *Източници на приходи и финансови потоци*), обаче, съществува горна граница на дохода за определяне на размера на осигуровките (2 400 лв., 1 227 евро за 2011 г.), което има регресивен ефект. Това означава, че колкото повече доходът надвишава тази граница, толкова по-малка е относителната финансова тежест. Вярно е, че хората с по-високи доходи плащат по-големи данъци в абсолютни стойности, част от които постъпват в здравната система. Но данъчните приходи, използвани за здравеопазване, формират само малка част от общите здравни разходи и поради това не подобряват съществено равенството във финансирането (5.3% от държавните данъчни приходи се разпределят в здравната система през 2010 г.; данъчните приходи представляват 23% от общите разходи за здравеопазване през 2008 г., вж. 3.2 *Източници на приходи и финансови потоци* и 3.3.2 *Събиране на финансовите ресурси*). Трябва също да се отбележи, че част от бюджета на НЗОК се формира от данъчни приходи под формата на здравни осигуровки, които държавата плаща за определени групи лица (вж. 3.2 *Източници на приходи и финансови потоци*), които по-скоро имат прогресивен характер във финансирането. Нещо повече, големият брой на неосигурените лица (част от които са самонаети хора с високи доходи, нямат доверие в социалната здравноосигурителна система) (вж. 3.3.1 *Покритие* и 6.1 *Анализ на предходни реформи*) задълбочава допълнително финансовото неравенство.

Слабата финансова защита на населението води до относително висок дял на частните разходи в сравнение с публичните и задълбочава неравенството. Хората с ниски доходи плащат пропорционално повече от тези с високи доходи, защото потребителските такси, които формират съществена част от директните плащания, са еднакви за всички, с изключение на някои уязвими групи от населението. Така най-голямата финансова тежест се понася от хората с ниски и средни доходи.

7.3 Потребителска оценка и равенство в достъпа

7.3.1 Потребителска оценка

Въпреки че здравната реформа би трябвало да е ориентирана към пациентите, няколко изследвания показват, че като цяло тази цел не е постигната. В България потребителската оценка за цялата здравна система и за здравните услуги, които се предлагат, е доста негативна.

Според проведеното през 2009 г. Европейско здравно интервю делът от населението в България, което смята, че потребностите му от медицинска помощ (диагностика и лечение) не са удовлетворени, е 7,5% (Eurostat, 2011). Въпреки че този процент е по-нисък спрямо предходните проучвания (15.8% през 2007 г. и 11.8% през 2008 г.), той остава сред най-високите стойности за Европейския съюз. Различни фактори оказват влияние върху този резултат, но той се свързва предимно с големия брой неосигурени граждани, недостига на ОПЛ в някои региони, затруднения достъп до специализирана медицинска помощ и финансовите трудности сред някои групи от населението. Последното се потвърждава и от факта, че най-висок дял на неудовлетворени потребности от медицинска помощ се декларира от групата с най-нисък доход – 19.2% (Eurostat, 2011).

В България липсва практика да се изследва систематично и регулярно общественото мнение за здравната система. Въпреки това обаче, през 2006 и 2007 г. са проведени две национални представителни проучвания за оценката на гражданите по отношение на провежданите здравни реформи. Изследването от 2006 г. показва, че като цяло потребителите не са удовлетворени от здравните услуги: 10.5% от респондентите заявяват, че медицинската помощ, която те или техни близки са получили, е напълно незадоволителна, а 39.9% посочват, че не са оправдани всичките им очаквания. В столицата и големите градове делът на последните е съответно 53.4% и 54.4%. Само 40.6% оценяват получената медицинска помощ като навременна, ефикасна и отговаряща на техните очаквания (Димова, Попов, Рохова, 2007).

Според резултатите от 2006 г. недоволството от здравните услуги се свързва най-вече с недостатъци на здравната система и работата на медицинския персонал. Другите посочени проблеми се отнасят до цените на лекарствата, недостатъчното финансиране, излишната бюрокрация и липсата на медицинско оборудване и апаратура. Приблизително 1/3 от респондентите смятат, че най-големите недостатъци на системата са корупцията сред медицинския персонал и качеството на медицинската помощ. Преобладаващата част от анкетираните подкрепят твърдението, че здравната реформа е имала негативен ефект върху здравеопазването, а 25% посочват, че тя не е довела до съществена разлика. Положителна оценка на промените е дадена едва от 17.5%, но въпреки това преобладава мнението, че те се провеждат по-бавно от необходимото (Димова, Попов, Рохова, 2007).

Проучването от 2007 г. достига до сходни резултати. Повечето граждани посочват, че не са доволни (38%) или са значително неудовлетворени (43%) от радикалната реформа през 1998 – 1999 г., 47% смятат, че качеството на здравните услуги се е влошило, а 46% не виждат съществена промяна. Оценката на анкетирания за достъпа до специализирана извънболнична и болнична помощ е негативна, а корупцията, бюрокрацията и дълготното време за чакане са негативните резултати от реформените усилия. От друга страна, листите на чакащите в болничната помощ не са особен проблем, с изключение за някои високоспециализирани дейности в университетските болници (Веков, 2009).

През 2009 г. изследване на Европейската комисия прави оценка на потребителското мнение за здравеопазването. Въпреки че въпросите се различават до известна степен от гореспоменатите две проучвания, те показват, че като цяло оценката на населението за здравните услуги се е влошила. Повечето граждани определят предоставянето на медицинска помощ в страната като лошо (74%), докато само 22% го оценяват като добро (European Commission, 2010), което отрежда на България последното място сред страните-членки на Европейския съюз. На въпроса как преценяват здравните услуги в сравнение с предходните 5 години, преобладаваща част от анкетирания заявяват, че ситуацията се е влошила (49%), 39% не намират промяна, а едва 5% мислят, че има някакво подобрение. Българите са песимистично настроени и за бъдещето на здравната система – 57% очакват положението да остане същото и през следващите години, а 25% мислят, че ще се влоши (European Commission, 2010a).

7.3.2 Равенство в достъпа до здравна помощ

Конституцията гарантира равни права в здравеопазването за всички осигурени граждани. Независимо от това някои групи от населението (социално-слаби, безработни и хора с увреждания или други специфични потребности) изпитват проблеми с достъпа до здравни услуги – един факт, който повлиява негативно техния здравен статус.

Бедността е сериозна бариера в достъпа до здравеопазване, особено в система, силно зависима от частните плащания. През 2009 г. българският БВП на глава от населението е все още най-ниският в ЕС, докато индексът за риск от бедност е един от най-високите (Eurostat News Release, 2010). Най-уязвимите групи са хората, живеещи в рядко населените места, тези с ниско образование, етническите малцинства и безработните (WHO, 2005).

Равнопоставеността в здравната система е предизвикателство не само поради различията в здравните потребности, но и поради социално-икономическите различия и териториалните несъответствия. Услугите за населението варират по отношение на качеството и достъпността в различните области. Според Хинков (2011) пренасочването на повече от половината от наличните ресурси на осигурителната система към болничната помощ и несправедливото разпределение на средствата в страната водят до ограничаване на достъпа на населението до основни медицински услуги.

Въпреки че средният брой на регистрираните пациенти при един ОПЛ е 1 500, в някои области той може да достигне 2 500. Междувременно отделни практики могат да имат от 3 000 до 4 000 пациенти и в изключителни случаи до 7 000. В някои рядко населени и отдалечени райони (например областите Смолян, Кърджали, Благоевград и Ямбол) местният здравен център е разположен в едно населено място, съвпадащо с областния град (Министерство на здравеопазването, Стратегия за реструктуриране на болничната помощ, 2010). Достъпът до ОПЛ в селата е дори още по-ограничен, отколкото подсказват горните цифри. Според едно изследване в някои малки населени места има общопрактикуващ лекар само в 2.5 дни седмично в сравнение с възможността за ежедневен достъп до ОПЛ в градовете (United Nations Development Programme, 2003).

И накрая, териториалните дисбаланси в достъпа до първична медицинска помощ проличават при анализа на нивото на изпълнение на Националната здравна карта. Според предишната Национална здравна карта (преди 2011 г.) броят на лечебните заведения за първична помощ е със 7.4% по-висок, отколкото предвиденият в картата, но съществуват значителни географски различия. Например броят на лечебните заведения за първична помощ в София е 28% по-висок от предвидения в Националната здравна карта, докато в област Разград има недостиг от 33% (Златанова, Златанова-Великова, 2008). Според Националната здравна карта от 2011 г. такива териториални дисбаланси продължават да съществуват.

Неравнопоставеността в болничната помощ съществува по отношение на броя на лечебните заведения, географското им разположение, спектъра на дейностите и организацията, както и разпределението на ресурсите между областите. По данни на националната статистика болничната помощ е най-развита в Югозападния район на планиране, където са концентрирани 29.0% от болниците и 29.2% от болничните легла.

Това е регионът с най-голям брой специализирани болници в страната (41.5%). Това отчасти се дължи на факта, че 27.9% от населението живее в този регион, който освен това включва и административния център на държавата, както и на здравната система. Голяма част от висококвалифицирания и научния медицински потенциал също е концентрирана тук. В противовес на това, само 10.8% от болниците, обхващащи 9.8% от болничните легла, са разположени в Североизточния район. Анализът на лечебните заведения за специализирана помощ по области показва, че за някои специалности (вътрешни болести, анестезиология, интензивни грижи, клинична алергология, ревматология и онкология) услугите не са гарантирани или са неадекватни, което води до проблеми в достъпа или качеството на медицинската помощ (Министерство на здравеопазването, 2009).

През 2008 г. в доклад на Световната банка се съобщава, че в областите Ловеч (с население 157 407 души) и Перник (с население 139 677 души) има по седем болници, а в Смолян (с население 129 000 души) има осем болници (World Bank, 2009). В противовес на това, в Северния централен, Северозападния и Югоизточния район няма нито една болница, която да отговаря на изискванията от гледна точка на специализацията и технологиите. Тази неравномерна концентрация на болници обикновено съвпада със свръхпредлагане на определени медицински услуги, недостатъчно използване на медицинското оборудване и дублиране на дейности.

Подобно на ситуацията с болниците, разпределението на специалистите според географския район и медицинската специалност показва съществени различия. За последните няколко години приемът на студенти по медицина е относително постоянен, но поради нарастващата емиграция недостигът и на лекари, и (в по-голяма степен) на медицински сестри се очаква да се задържи. Недостигът е особено изразен в малките градове, села и общини, затруднявайки допълнително достъпа до медицинските услуги, предоставяни в местните болници. Значителни различия между областите съществуват и по отношение на осигуреността с лекари – от 47.1 на 10 000 жители в София до 23.8 в Разград.

В допълнение, налице са и значителни различия в броя на свободните работни места в здравния сектор между отделените райони на планиране. Например в Югозападния район има пет пъти повече свободни работни места, отколкото в Югоизточния през 2000 г. Седем години по-късно различията са дори още по-изразени – с 5.6 свободни работни места в Северозападния за всяко свободно работно място в Югоизточ-

ния район (Национален статистически институт, 2009). Тези данни са важни за оценката на ефективността от планирането и разпределението на човешките ресурси в страната.

Друг фактор, повлияващ достъпа и здравните неравенства, е делът на частните (предимно директни) разходи за здравеопазване, който достига 42% през 2008 г. (WHO Regional Office for Europe, 2011a). Тази тежест се поема непропорционално от по-бедните домакинства, неосигурените и другите уязвими групи, които се сблъскват със сериозни финансови и организационно-административни бариери в достъпа до здравните услуги, включително превантивните дейности, диагностиката, лечението и рехабилитацията. Нещо повече, хората с най-големи здравни потребности са изправени пред риска от по-нататъшно обедняване, поради неравнопоставеност в достъпа и влошено здраве (WHO, 2010).

Сред групите с проблеми в достъпа до здравна помощ са хората с увреждания. Според Националната здравна стратегия (Министерство на здравеопазването, 2008) 850 000 души в България са с медицински доказана степен на инвалидност, а само 13% от тях имат трудови приходи. Техният достъп до здравни услуги е ограничен допълнително от инфраструктурата в лечебните заведения (която не е пригодена за техните потребности), от неадекватното качество на експертизата за оценка на работоспособността и значителното забавяне на решенията на трудово-експертните лекарски комисии (ТЕЛК). В резултат от това забавяне някои хора остават без доход за три до шест месеца.

Освен това липсват специализирани здравни услуги за деца в риск или заместващи грижи в помощ на родителите. Дневните центрове и другите подобни структури са недостатъчно развити, което увеличава риска от социална изолация.

Правителството, като координиращ орган между здравните институциите и малцинствените групи, приема като една от водещите си задачи изграждането на защитни мрежи за етническите малцинства. То развива и прилага редица стратегически документи, насочени към проблемите на хората в неравностойно положение, като Стратегията за борба с бедността и Здравната стратегия, имащи отношение към проблемите на уязвимите етнически малцинства, както и Плана за действие за 2005 – 2015 г. по инициативата „Десетилетие на ромското включване 2005 – 2015 г.“. За да се намалят здравните неравенства и проблемите с достъпа, лечебните заведения за извънболнична помощ трябва да бъдат приближени до малцинствените общности. Освен това тези групи трябва да бъдат по-добре информирани относно техните права и отговорности, както и за

здравните рискове, които ги застрашават. С оглед на това още през 2005 г. Министерството обръща внимание на необходимостта от развитие на професионалния капацитет с оглед ефективната комуникация с тези групи (Министерство на здравеопазването, 2005).

7.4 Здравен статус, резултати от здравното обслужване и качество на обслужването

7.4.1 Здравно състояние на населението

Резюмирани накратко, промените в здравния статус на населението на България от последните години, анализирани много по-обширно в 1.4 Здравен статус, изглеждат така:

- въпреки че средната продължителност на предстоящия живот демонстрира положителна тенденция, достигайки 73.3 години през 2008 г., и е сравнима с тази в някои други страни от ЕС12, тя е най-ниска от всички страни-членки на ЕС и е с 6 години по-ниска от средната за ЕС27 (79.5) (WHO Regional Office for Europe, 2011);
- независимо от това, че през последните няколко години се забелязва леко намаляване на равнището на смъртност, като през 2009 г. то достига 14.2 на 1 000 души от населението, смъртността в България все още е значително по-висока от която и да е друга страна на ЕС (Национален център по здравна информация, 2010; WHO Regional Office for Europe, 2011);
- докато смъртността от болести на органите на кръвообръщението намалява през последното десетилетие, тя е все още най-висока в ЕС и няколко пъти по-висока от средната за ЕС (WHO Regional Office for Europe, 2011);
- що се отнася до смъртността от злокачествени новообразувания (рак), България заема средна позиция в ЕС. Противно, обаче, на тенденцията на намаляване на умиранията от злокачествени новообразувания в ЕС, този вид смъртност в България непрекъснато се увеличава след 2000 г. (WHO Regional Office for Europe, 2011);
- детската смъртност (и до 1 година, и под 5 години) намалява, но и по тези показатели България все още е по-назад от средните за ЕС и дори за ЕС12. Особено буди тревога перинаталната смъртност, която е два пъти по-висока от съответните стойности за ЕС12 (WHO Regional Office for Europe, 2011).

Здравният статус на населението не е единствено резултат на получените здравни услуги, но зависи също така и от социо-икономическите, културни, политически условия и заобикалящата го среда. Значимо подобрение на здравето на населението е постижимо само като следствие на всеобхватни подобрения на детерминанти с комплексен характер: повишаването на материалното благосъстояние на семействата, благоприятни тенденции в условията на работа и живот, социална кохезия, положителни промени в поведенческите модели (например водене на здравословен начин на живот), цялостната социо-икономическа и политическа динамика, както и по-добра организация и работа на системата на здравеопазване.

Положителните тенденции в здравния статус на населението в България, колкото и слабо изразени и фрагментарни да изглеждат, могат да бъдат отдадени главно на стабилизирането на политическата ситуация в страната, започнало 2000-2001 г., и особено на икономическия подем в средата на първото десетилетие на века. За съжаление липсват детайлни проучвания върху приноса на системата на здравеопазване за подобряване на здравето. Частични и не безспорни доказателства за посткомунистическия период (1990/1991 и 2000/2002) се привеждат в изследване върху предотвратимата смъртност в Европа на Newey et al. (2003). Резултатите сочат, че от всичките проучени 20 страни предотвратимата смъртност е най-висока в България и Румъния, което подсказва, че България има да измине значителен път, за да достигне резултати в здравния статус, сравними с тези в страните от ЕС15 и дори в някои страни на ЕС12.

Като се има предвид развитието на реформите през последното десетилетие, както и непоследователността и слабостите, анализирани в предходните глави, няма основание да се смята, че системата на здравеопазване ще започне да постига добри резултати в близко бъдеще. Наблюдават се някои индиректни признаци в подкрепа на подобно заключение. Например недостатъчното намаление в някои подвидове детска смъртност може да бъде отдадено на недостатъци в здравната система. Особено значима е разликата в стандартизирания коефициент на смъртност от респираторни инфекции, пневмония и грип на деца под 5 години между България (30.7 на 100 000) и съответните стойности за ЕС27 (5.2), ЕС15 (1.3) и ЕС12 (21.2) (WHO Regional Office for Europe, 2011).

Като цяло дневният ред на реформата е все още в процес на формулиране, а нови проблеми продължават непрекъснато да изникват, все обстоятелства, обясняващи високото обществено недоволство от работата на здравната система (вж. 7.3.1 *Потребителска оценка*).

7.4.2 Резултати от здравното обслужване и качество на обслужването

Както се посочва в предишното издание (Georgieva et al., 2007), качеството на медицинското обслужване е и остава един от най-съществените проблеми. Незадоволителният здравен статус на българското население, в комбинация с общата неудовлетвореност от здравната система, подчертават проблема с качеството на здравните услуги. 68% от гражданите оценяват качеството като лошо, а 72% (най-високият процент в ЕС) считат, че качеството на здравната помощ в България е най-ниско в сравнение с другите страни-членки на ЕС (European Commission, 2010b).

Понастоящем липсва система за управление на качеството, която да обхваща надеждни индикатори и механизми за контрол и непрекъснатото му подобряване. Анализите на резултатите от здравното обслужване и качеството на услугите са затруднени от липсата на данни по ключови показатели и на национално, и на организационно равнище. Поради това международните сравнения на качеството на медицинските услуги не могат да включват каквато и да е оценка на ситуацията в България. Отделни данни има само в областта на превантивните грижи.

България има традиционно висок процент на ваксинации против дребна шарка, дифтерия, тетанус, пертусис (коклюш) и други инфекциозни заболявания, особено в годините преди въвеждането на здравноосигурителната система (Таблица 7.2). Когато тази система е въведена, обаче, достъпът до превантивни услуги започва да се влошава. За щастие за някои ваксинации се отчита ръст (например против дребна шарка), но от друга страна се увеличават и случаите на заболявания, предотвратими чрез ваксинация; случаите на дребна шарка нарастват от 0 до 0.9 на 100 000 в периода 1996–2008 г. до 29.7 през 2009 г. (WHO regional Office for Europe, 2011).

Таблица 7.2
Показатели за превантивни грижи

Процент на децата, ваксинирани срещу:		1980	1990	2000	2009
Дребна шарка	BUL	98	100	88.6	96.1
	EU	n/a	79.8	90.4	93.2
Дифтерия	BUL	98	100	93.3	94.1
	EU	74.4	87.1	95.6	95.3
Тетанус	BUL	98	100	93.3	94.1
	EU	74.4	87.1	95.6	95.3
Пертусис (коклюш)	BUL	98	100	93.3	94.1
	EU	74.3	87.0	95.6	95.3

Източник: WHO Regional Office for Europe, 2011.

Индиректна информация за качеството на медицинските услуги може да бъде извлечена от доклади на НЗОК и Министерството на здравеопазването. Според годишния доклад на НЗОК за 2010 г. 177 болници (от общо 306) са били одитирани през 2009 г. Резултатите показват редица случаи на медицински нарушения (Национална здравноосигурителна каса, 2010):

- нарушения в диагностично-терапевтичните процедури (клинични пътеки, медицински стандарти) в 44.4% от одитираните болници;
- нарушаване на индикациите за хоспитализация на НЗОК – 42.2%;
- нарушаване на индикациите за изписване – 30.4%;
- липса на континуитет на болничната помощ – 23.9%;
- незавършени клинични пътеки – 11.7% и неизпълнени изисквания за минимален болничен престой – 5.2% и
- неизпълнени изисквания на националните медицински стандарти – 5.2%.

През 2009 г. НЗОК извършва проверки на 5924 лечебни заведения за извънболнична медицинска и дентална помощ и установява 3280 случая на несъответствия между договорените и предоставените услуги (Национална здравноосигурителна каса, 2010).

Новосъздадената към МЗ Изпълнителна агенция „Медицински одит“ получава 553 оплаквания от пациенти през 2010 г., 73% от които са били свързани с качеството на услугите (неспазване на медицинските стандарти и ненавременна или неадекватна помощ) и 14% – с корупция. В 175 болници са били открити нарушения на правата на пациентите относно навременността и качеството на медицинската помощ и предоставянето на подходяща информация от лекар. Случаи на медицински нарушения са регистрирани в 9% от случаите (Министерство на здравеопазването, 2011б). Според специалното издание на Евробарометър за безопасността за пациентите и качеството на грижите на Европейската комисия 15% от българите са се сблъскали с неблагоприятни инциденти, въпреки че голямото мнозинство от тях (89%) не са съобщили за това (European Commission, 2010b).

Съобщения за такива случаи се появяват напоследък и в медиите, увеличавайки обществената чувствителност по въпросите на безопасността за пациентите. Близо две трети от българите считат, че съществува реален риск пациент да пострада от предоставените му услуги и

в доболничната, и в болничната помощ (European Commission, 2010a). Някои от неблагоприятните събития, за които се съобщава, са резултат от лоши клинични решения, докато други се дължат на организационни проблеми. Едно от най-големите предизвикателства в областта на безопасността за пациентите е отсъствието на система за съобщаване на медицинските грешки и липсата на статистически данни за показателите за безопасност на национално равнище. Поради това, измерването на безопасността за пациентите в България е понастоящем невъзможно. Развитието на показатели за оценка на качеството, основано на международния опит, е една от задачите на ИАМО за 2011 г. (Изпълнителна агенция „Медицински одит“, 2011).

7.4.3 Равенство в резултатите

В България съществуват огромни здравни неравенства по териториален, етнически, възрастов, полов, образователен и професионален критерий. От началото на 90-те години на миналия век отражението на социо-икономическите неравенства върху здравето придобива значение на един от най-важните проблеми в областта на общественото здраве. Липсата на икономически възможности и социална сигурност, както и несигурните професионални перспективи за младите хора имат пряка връзка с тяхното репродуктивно поведение и мобилност – два фактора, които имат влияние върху намаляването на населението. Но докато общата фертилност сред българите е ниска, тя е точно обратната сред етническите малцинства, особено сред ромското население. Този факт, заедно с ниската култура, неграмотността и социалната изолация, ги поставя сред групите с най-висок риск в българското общество.

Във връзка с териториалните неравенства здравният статус в селата е значително по-нисък в сравнение с този в градовете. Майчината и детската смъртност отразяват изолацията на рядко населените места от цялостната социална и здравна мрежа (United Nations Development Programme, 2003); вероятността едно дете да преживее е три пъти по-малка в селата, отколкото в градовете. Този риск се повишава с включването и на фактори като статус на постоянно пребиваване и принадлежност към етническо малцинство.

Здравният статус сред уязвимите групи от населението се характеризира с по-ниска средна продължителност на живота, по-висока заболяемост и повишена смъртност. В доклада за здравето на нацията на Министерството на здравеопазването се посочва, че бедността сред ромската и турската етническа група е съответно единадесет и три пъти

по-често срещана, отколкото сред българите. За етническите малцинства нездравословното поведение като лошо хранене, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и наркотици, както и по-ниското равнище на имунизации и лошите условия на живот са също по-често срещани. Естествено, това води до увеличен брой на инфекциозните заболявания и по-голям епидемичен и здравен риск.

7.5 Ефективност на здравната система

7.5.1 Финансова ефективност

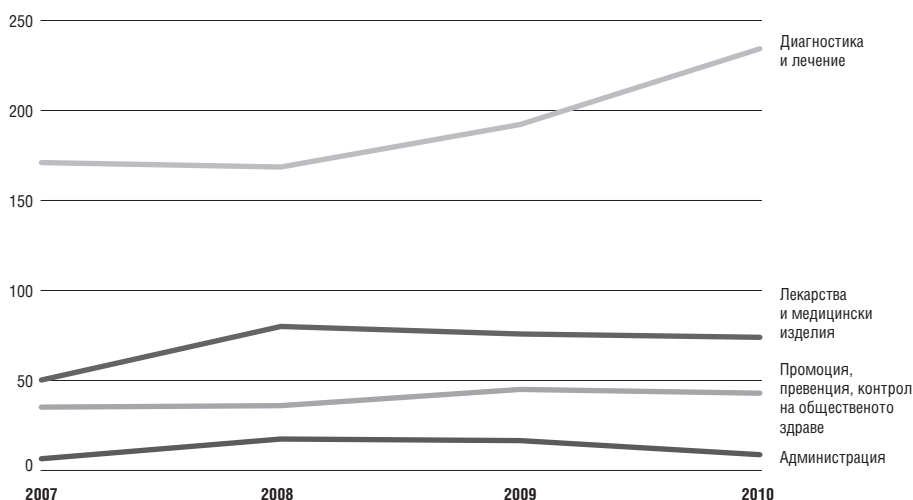
Здравните професионалисти и политиците разпознават недостига и неефективното използване на финансовите ресурси като две от най-значимите слабости на здравната система (вж. 6 *Основни здравни реформи*). Съществува мнение (предимно сред професионалистите), че неефективното използване на финансовите ресурси е по-големият проблем, отколкото техният недостиг. То е резултат от механизмите за заплащане (например клиничните пътеки), които не стимулират ефективността, и от неадекватното разпределение на ресурсите. Изборът на приоритети е основан по-скоро на наличните ресурси, отколкото на данни за мерките с доказани ефикасност и разходна ефективност. Някои ясни знаци, свързани със здравния статус на населението и финансовата стабилност на системата, свидетелстват за лошата ефективност на разпределението на финансовите средства:

- Въпреки че здравните разходи нарастват близо три пъти след въвеждането на здравноосигурителната система, резултатите остават неудовлетворителни. Системата продължава да изпитва недостиг на финансови ресурси, здравният статус на населението не се е подобрил съществено и големите неравенства продължават да съществуват. И непрекъснатото нарастване на частните разходи за здравеопазване, и нарастването на публичните разходи отразяват неефективното разпределение на публичните ресурси в системата. Увеличаването на разходите на Министерството на здравеопазването за диагностика и лечение (основно болнично) (Фиг. 7.3) и нарастването на разходите на НЗОК за болниците (Фиг. 7.4) е много по-голямо в сравнение с другите категории разходи. Първичната помощ, превенцията и промоцията са пренебрегнати, което води до увеличаване на потребностите от болнични услуги.

- Съществуват значителни неравенства между публичните болници относно плащанията, които получават от Министерството на здравеопазването и/или общините. Например общинските болници получават 61.2 лв. (31.3 евро) за пациент през 2008 г., докато през същата година университетските и националните болници получават 193.3 лв. (98.7 евро) за пациент (National Center of Health Informatics, 2009). Плащанията на НЗОК за пациент зависят от състоянието на пациента и поради това могат да варират между болниците, обаче, диспропорциите във финансирането от Министерството на здравеопазването и общините показват приоритизиране на големите болници пред малките.

Фиг. 7.3

Разходи на Министерство на здравеопазването по вид на услугите, в милиони евро

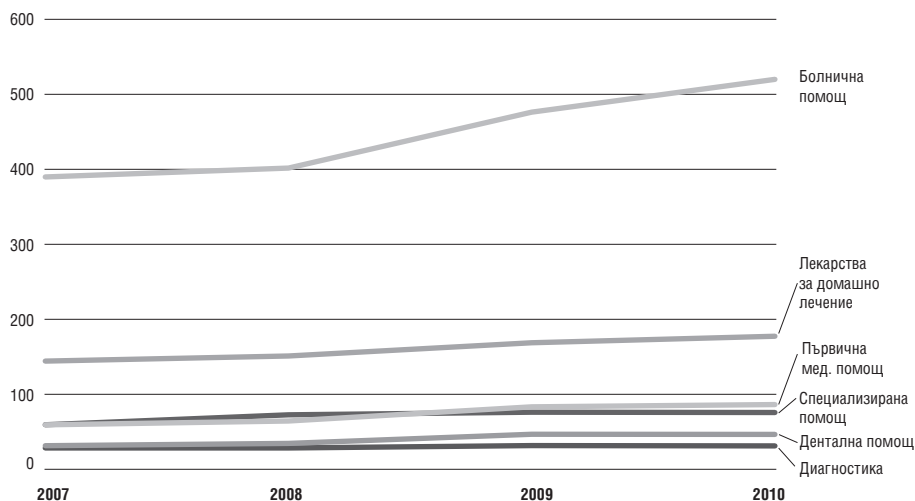


Източник: Закон за държавния бюджет, избрани години

- Някои опити от страна на НЗОК да постигне ефективност в разпределението на финансовите средства на областно равнище също се провалят. Въпреки че съществуват финансови стимули за общо-практикуващите лекари да работят в рядко населени места, значителните географски различия продължават да съществуват (вж. 7.3.2 *Равенство в достъпа до здравна помощ*).

Фиг. 7.4

Разходи на НЗОК по вид на услугите, в милиони евро



Източник: Закон за бюджета на НЗОК, избрани години.

7.5.2 Техническа ефективност

Техническата ефективност на българската здравна система трудно може да бъде оценена поради липсата на данни. Проучване от 2007 г. за конкурентоспособността на системата анализира основно 3 показателя: (1) брой посещения в доболничната помощ на човек на година; (2) използваемост на болничните легла; и (3) средна продължителност на болничния престой (Делчева, 2007). Първият показател е оценен въз основа на данни от докладите на НЗОК, които показват, че посещенията при ОПЛ и специалист от доболничната помощ намаляват значително след 2000 г. (от 5 на човек от населението през 2000 г. на 3 през 2001 и 2002 г.). За сравнение, средната стойност в Европейския съюз е 6.7-6.8 за приблизително същия период (2000 – 2005 г.). Намалението в България се дължи на редица фактори, сред които неформалните плащания към ОПЛ (не всички посещения се декларират), недостатъчните финансови ресурси, отделяни за специализирана извънболнична помощ, ограниченията в издаването на направления и препращането на пациенти към частните практики, в които медицинската помощ не се заплаща от НЗОК (Делчева, 2007).

Друго изследване, свързано със същия показател, е проведено през 2004 г. и анализира връзката между броя на пациентите, регистрира-

ни в една практика за първична медицинска помощ, и средногодишния брой прегледи на регистриран пациент (Златанова, Златанова-Великова, 2008). Анализът показва, че когато броят на записаните пациенти при един ОПЛ нараства до 3 500, медицинските прегледи се увеличават (включително и средногодишният им брой на записан пациент), но когато броят на пациентите надвиши 3 500, дейността намалява и ефективността спада значително.

За разлика от броя на посещенията в доболничната помощ, използваемостта на леглата в България е съпоставима с тази в другите страни-членки на ЕС. През 2001 г. тя е била 66.3%, докато през 2008 г. се увеличава до 76.9% (Национален център по здравна информация, 2009). За същите години средните стойности в Европейския съюз са респективно 76.7% и 75.5% (WHO Regional Office for Europe, 2010). Средната продължителност на болничния престой в България също се е подобрила – от 11.5 дни през 2000 г. до 6.8 през 2009 г. (вж. 4.1.2 *Инфраструктура*).

За разлика от тези показатели, обаче, броят на хоспитализациите нараства чувствително за периода 2000 – 2009 г., което отразява неефективността на доболничната помощ и високото равнище на ненужните приеми или такива, които могат да бъдат избегнати (вж. 5.4 *Болнична медицинска помощ*). Други фактори, допринасящи за това увеличение, включват неефикасното болнично лечение (водещо до рехоспитализации) и липсата на взаимодействие между болничната помощ и социалните служби (много пациенти се приемат по-скоро по социални, отколкото по медицински причини). Същевременно делът на хоспитализациите в дневния стационар и използваемостта на леглата, предназначени за еднократен прием, са незначителни.

Въпреки че горепосочените проблеми са добре известни и широко дискутирани, са взети само частични и временни мерки с ограничен успех, които не успяват да увеличат използваемостта в извънболничната медицинска помощ и да ограничат хоспитализациите. През 2009 г. НЗОК въвежда стриктни изисквания към лечебните заведения, които до голяма степен целят да окажат икономически натиск върху болниците, чрез който да се намалят болничните легла и да се съкратят неефективни структури. На практика обаче национална политика за заместване на болничните грижи с по-евтини, но по-ефикасни грижи в доболничната помощ или в семейна среда съществува само в сферата на психиатричната помощ. Не се стимулира и развитието на хосписи и центрове за медико-социални грижи – техните услуги не се поемат от НЗОК, което ограничава достъпа на пациентите, нуждаещи се от продължително лечение.

През последните години се наблюдава тенденция към увеличаване на предоставяните услуги от спешната помощ; делът на спешните повиквания към ЦСМП (спешни случаи, преминали през центровете) нараства от 42.2% през 2007 г. до 53.4% през 2009 г. (Национален център по здравна информация, 2010). За пациентите спешната помощ се превръща в предпочитан „вход“ към здравната система, тъй като тя е безплатна. Освен това, общопрактикуващите лекари нямат стимули да осъществяват домашни посещения и пациентите търсят спешна помощ дори и при проблеми, които могат да бъдат лекувани в доболничната помощ. В резултат на това регионалните центрове за спешна медицинска помощ, както и спешните отделения в болниците са претоварени и това създава трудности при обслужване на действително спешните случаи, които възлизат на около 75% от всички (вж. 5.5 *Спешна медицинска помощ*).

По отношение на здравните технологии заслужава да се отбележи, че разходите за лекарства нарастват постоянно от 2000 г. МЗ и НЗОК предприемат някои мерки за ограничаване на публичните разходи като въвеждане на международно сравнение и регулиране на цените на лекарствата, включени в Позитивния лекарствен списък (вж. 5.6 *Лекарствоснабдяване*). Въпреки тези инициативи обаче разходите на МЗ за лекарства се увеличават с 69% през 2010 спрямо 2008 г., за разлика от относително постоянните разходи на НЗОК. Положителен факт е, че от 2003 г. пазарният дял на генеричните лекарства изпреварва този на оригиналните. Но в същото време цените на генеричните лекарства се увеличават, докато цените на патентованите продукти остават относително постоянни (Трифонов, 2010).

7.6 Прозрачност и отговорност

Здравната реформа в България постига съществен напредък по отношение на правата на пациентите (вж. 2.9.3 *Права на пациентите*). Пациентите сега имат повече права и законова защита, както и по-голяма възможност за свободен избор на лечебно заведение. Въпреки тази защита, обаче, има редица случаи на нарушаване на правата им.

Една от причините за това е липсата на информация и недостатъчната прозрачност на системата. Проучването от 2006 г. показва, че пациентите не са запознати със своите права, особено по отношение на здравното осигуряване. Поради предимно неформалните източници, от които се информират, като приятели и семейство, приблизително $\frac{1}{4}$ от

анкетиранияте не са сигурни в информацията, която получават (Димова, Попов, Рохова, 2007). Тези резултати потвърждават недостига на комуникационни кампании по време на здравната реформа, които често се ограничават само до предаването на факти, без да стимулират активното търсене на информация от страна на гражданите.

Друг проблем по отношение на прозрачността в системата е свързан с неформалните плащания от страна на пациентите. Гражданите посочват корупцията като един от основните проблеми на здравната система (Веков, 2009; MBMD, 2010) и свързват това явление основно с реформата през 1998-1999 г. (Димова, Попов, Рохова, 2007). Резултатите от национално представително проучване от 2010 г. показват, че 22% от анкетиранияте са платили неправомерно за специалист, 17% – за болнична помощ и 9% – за ОПЛ. Поради това борбата с корупцията се възприема като един от основните приоритети на бъдещите реформи (MBMD, 2010).

Въпреки че формално българските граждани имат повече права, те все още не могат активно да участват в процеса на вземане на решения за здравната система, качеството на здравните услуги и разпределението на финансовите ресурси. През 2002 и 2009 г. допълнения в Закона за здравното осигуряване ограничават представителите на пациентите във висшия управленски орган на НЗОК (вж. 6.1 *Анализ на предходни реформи*), което противоречи на демократичните принципи, залегнати при създаването на институцията. Подобно на това, Законът за местното самоуправление и местната власт също предвижда гражданско участие при формулиране на общинската здравна политика, но проучването от 2006 г. не установява ефективно въвличане на гражданите в дебати за здравната политика на национално и местно равнище (Димова, Попов, Рохова, 2007). Поради това, въпреки наличието на много пациентски организации, техният потенциал да влияят върху здравната политика и здравната система е незначителен.

Вече са налице обаче и някои положителни промени. Изменения на Закона за здравето от 2009 г. регламентират създаването на обществен съвет към МЗ, състоящ се от представители на различни пациентски организации. Неговата роля се ограничава до консултации за правата на пациентите, а структурата и дейността му са регламентирани в закона. Към средата на 2010 г. само 4 пациентски организации отговарят на изискванията, за да участват в този съвет.

Законът за здравето регламентира също правилата и условията, по които здравната политика се определя и осъществява от Министерския

съвет, докато приоритетите в здравната система се поставят в Националната здравна стратегия. След консултации с Висшия медицински съвет министърът на здравеопазването предлага стратегия, която трябва да бъде одобрена от Министерския съвет и впоследствие приета от Народното събрание. Стратегията, както и националните здравни програми, се основават на оценка на здравните потребности и демографските тенденции, както и на капацитета на националната здравна система. Те се финансират от държавния бюджет.

Последната Национална здравна стратегия е приета през 2008 г. и обхваща периода до 2013 г. Основните приоритети са свързани с качеството и достъпа до здравни услуги, реструктурирането и ефективното управление на болничната помощ, развитието на човешките ресурси, финансовата стабилност на системата, електронното здравеопазване и др. В стратегията са определени и показателите за оценка и мониторинг на изпълнението ѝ, срокове за предвидените дейности и отговорностите на съответните институции. В Интернет-страницата на МЗ се публикува годишен доклад по изпълнението ѝ, който се приема от Народното събрание (<http://www.mh.government.bg>).

Един от принципните проблеми в здравната политика и здравните реформи е ниската информираност и подкрепа сред здравните професионалисти и мениджърите, както и сред гражданите за приоритетите и целите на системата. От радикалните реформи в края на 90-те години на миналия век комуникациите с гражданите и пациентите са напълно пренебрегвани. Изолирането на здравните професионалисти от принципите и задачите на здравната реформа имат подчертано негативни последствия поради това, че тези, които имат отговорността да провеждат промените, не са запознати с целите и съдържанието им (Димова, Попов, Рохова, 2007).

8. Заключение

Българската система на здравеопазване, подобно на здравните системи на други страни от ЕС, се характеризира с ограничен етапизъм. Тя се развива в пазарни условия, но при значителна роля на държавата, чиито органи имат отговорност за здравеопазването (Попов, 2007). Съществуват едновременно и публична, и частна собственост на материалните и финансовите ресурси. Регионалните, областните и общинските власти имат влияние върху здравните ресурси и организации на местно равнище. Лечебните заведения и професионалните асоциации са автономни участници. Здравната система се финансира от различни източници, като осигурителни фондове, държавния и местните бюджети и директни плащания на гражданите. Пазарните механизми се прилагат независимо от формата на собственост. Населението и неговите здравни нужди са обхванати от задължително здравно осигуряване.

Въпреки че българската система на здравеопазване притежава чертите на демократична, либерализирана и пазарно-ориентирана здравна система, тя страда от значителни слабости, които водят до незадоволителен здравен статус на населението. Здравните неравенства между градските и селските райони, както и в достъпа до здравната система, продължават да нарастват през целия процес на реформите. Подобренятия в здравния статус, намерили израз в някои здравни показатели, са недостатъчни за постигането на целите на реформата.

Здравната система е икономически нестабилна. Лечебните заведения, особено болниците, страдат от недофинансиране. Липсва прозрачна регулаторна рамка на ценообразуването. Цените не са основани на реалните разходи, а на наличните средства в бюджета на НЗОК. Поради монополистичното положение на НЗОК пазарните механизми не играят роля в публичното осигуряване, въпреки че това е цел в цялостната система на здравеопазване. Голям брой хора не са включени в системата на

задържително осигуряване, а пазарът на доброволно здравно осигуряване е недоразвит.

Ограничените функции на Регионалните здравни инспекции, символната роля на общинските власти в управлението на лечебните заведения, изцяло или частично общинска собственост, липсващото гражданско участие в здравната политика, както и доминиращата роля на държавата в управлението на НЗОК са сериозно доказателство за липсата на демократична отговорност. Към тези неблагоприятия се прибавят и корупцията и недоволството на пациентите от определени аспекти на системата. Мнозинството от гражданите са неудовлетворени от функционирането на системата на здравеопазване и изразяват своето неодобрение пред изпълнителите на здравните услуги и здравните специалисти. Те, от своя страна, остават в изолация и пасивна позиция спрямо обществото. В допълнение, постепенното въвеждане на финансирането от осигурителната система, най-напред в извънболничната помощ, а по-късно – и в болниците, предизвиква конфликти между персонала, работещ в тези два сектора. Значително по-високите доходи на лекарите от първичната помощ и отчасти по-високите доходи на тези, работещи в специализираната помощ, поражда заслужено недоволство у болничните лекари. Тази ситуация, в комбинация с недостатъчното финансиране на болниците, подхранва разрастването на неформалните плащания и корупцията, които допълнително засилват недоверието към здравната система и нейното реформиране. Това недоверие, в съчетание с икономическите обстоятелства, принуждават висококвалифицираните български лекари и медицински сестри да емигрират, феномен, който допълнително влошава положението.

Дванадесет години след въвеждането на здравноосигурителната система горепосочените провали показват, че проблемите се дължат не само на нейната незрялост, но и на грешките в нейното развитие и приложение. Реформата започва и продължава да се провежда импулсивно, без ясна визия. На нея не се гледа като на дългосрочен процес на изграждане на нова система, а като ограничени серии от краткосрочни, частични действия. Например демократизацията се разглежда като прехвърляне на управлението на различни равнища, а не като създаване на нови структури и подходи в управлението. Новите икономически отношения между ключовите участници в здравната система се възприемат като увеличаване на плащанията и бързото създаване на НЗОК, вместо налагане на съществено нови отношения и роли, които да стимулират ефикасността и ефективността. Липсата на цялостен държавен план за реформа на здравеопазването, одобрен и подкрепен

от органите на държавата (Народното събрание, Министерския съвет, Министерството на здравеопазването), е сериозен концептуален недостатък, довел до серия грешки: пренебрегване на популяризирането на целите, съдържанието и сроковете на реформата сред гражданите и медицинските специалисти; бавното, колебливо и разпокъсано приложение на реформите и неясното дефиниране на ролите и отговорностите на различните участници в здравната система.

Липсата на дългосрочна перспектива и политически консенсус водят до непоследователна здравна политика и приложение на реформите. Някои от главните цели и елементи постепенно отпадат или никога не се реализират, като например независимостта на НЗОК, равнопоставеното участие на държава, работодатели и осигурени лица в управлението и контрола на касата, независимостта и равнопоставеността на лечебните заведения и основаната на доказателства здравна политика. Пренебрегването на тези елементи поражда нестабилност, несигурност и недоверие в системата.

С оглед на това необходимостта от по-нататъшни реформи изглежда дори още по-належаща, отколкото в началото на 90-те години. Главно-то предизвикателство си остава подобряването на здравето на населението. Това предполага не само значително подобряване на здравните показатели, но и намаляване на здравните неравенства и неравенствата в достъпа. Националната здравна стратегия 2008-2013 г. очертава привеждането в действие на ред национални целеви програми, фокусирани върху лечението и превенцията на социално значимите болести, повишаване на културата на населението за по-здравословен начин на живот и подобряването на мрежата на общественото здравеопазване. Но най-големият проблем в тази област е систематичният контрол и регистрация на здравния статус на населението с оглед на ограничаване на предотвратимата смъртност.

От гледна точка на организацията на системата на здравеопазване намеренията на държавата са свързани преди всичко с промени в болничния сектор: реструктуриране на болничната мрежа чрез сливане на болници и създаване на по-големи болнични комплекси, промяна на правния статут на държавните болници и подобряването на методите на финансиране чрез въвеждане на ДСГ.

Устойчивите реформени усилия изискват здравната политика да бъде подкрепена от мнозинството политически партии, представени в Народното събрание, а не да се съдържа единствено в правителствени-

те концепции, които обикновено биват отменяни от следващия кабинет. Националната значимост на здравната реформа предполага решенията да бъдат съгласувани и да разчитат на широка обществена подкрепа, включително от гражданските организации, професионалните съюзи, общините и научната общност.

9. Приложения

9.1 Библиография

На български език

- Апостолов, М., Иванова, П. (1998). История на медицината и сестринството. Горекс Прес, София.
- Атанасова, Е., Мутафова, Е., Павлова, М. (2010). Готовност за заплащане за здравна помощ на българския пациент по време на криза. Световната криза и икономическото развитие. Сборник доклади от юбилейна международна научна конференция, том 3, Икономически университет – Варна.
- Веков, Т. (2008). Дейности на НЗОК за осигуряване на стабилност и устойчивост на задължителното здравно осигуряване (http://www.blsbg.com/download/Vekov_NZOK.pdf).
- Веков, Т. (2009). Здравната реформа в България: 1999-2009. Резултати, мнения и препоръки. СИЕЛА, София.
- Делчева, Е. (2007). Конкурентоспособност на здравеопазването. Годишник на УНСС, София.
- Димова, А., Попов, М., Рохова, М. (2007). Здравната реформа в България: анализ. Фондация „Институт Отворено общество” – София.
- Застраховател (2010) [интернет страница]. Проучване развитието на пазара по доброволно здравно осигуряване на КФН. (<http://www.zastrahovatel.com/newsbg.php?n=5077>, посетен на 11 март 2011).
- Зафирова, Ц., Серафимова, Д., Митев, Б. (2010). Стратегически аспекти на развитието на медицинските заведения в община Варна. Икономически университет, Варна.
- Златанова, Т., Златанова-Великова, Р. (2008). Първична медицинска помощ – проблеми и перспективи. Дидакта консулт, София.
- Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (2011). Цели на ИАМО за 2011 (<http://www.eama.bg/quality-strategies.html>, посетен на 18 март 2011).
- Изпълнителна агенция по лекарствата (2009). Анализ на фармацевтичния пазар през 2009 г. (http://www.bda.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=275&Itemid=151&lang=bg; посетен на 28 ноември 2010).

- Изпълнителна агенция по лекарствата (2010). Регистър на дрогерите. (<http://95.87.254.60:8888/DrugStoreApp/faces/webSearchForm.jspx>, посетен на 28 ноември 2010).
- Изпълнителна агенция по лекарствата (2010а). Регистър на фармацевтичните вносители (http://www.bda.bg/images/stories/documents/registers/register_167_new.pdf; посетен на 28 ноември 2010).
- Изпълнителна агенция по лекарствата (2010б). Регистър на фармацевтичните производители (http://www.bda.bg/images/stories/documents/registers/register_158_new.pdf; посетен на 28 ноември 2010).
- Изпълнителна агенция по лекарствата (2010в). Регистър на търговците на едро (http://www.bda.bg/images/stories/documents/registers/register_LP.pdf; посетен на 28 ноември 2010).
- Институт Отворено общество – София (2008). Неформални плащания в здравеопазването [Доклад]. Институт „Отворено общество“ – София.
- Комисия за защита на конкуренцията (2009). Анализ на конкурентната среда на пазара на доброволно здравно осигуряване. КЗК, София.
- Комисия за финансов надзор (2011) Статистика за пазара на доброволното здравно осигуряване. София; Комисия за финансов надзор (<http://www.fsc.bg/2012-bg-796>, посетен на 2 март 2011).
- Комитов, Г., Генов, С. (2009). Мениджмънт на ресурсите – приоритет на здравната реформа. Горекспрес, София.
- Маркова, Е., Киров, В. (2007). Здравно(не)осигурените лица в Република България. София, Институт „Отворено общество“ – София (http://politiki.bg/?mod=osf&lang=1&c=cc_osf_heading&m=readDoc&p_id=253&p_inst=414965, посетен на 5 февруари 2011).
- MBMD. Институт за социални изследвания и маркетинг (2010). Удовлетвореност от здравната система в България. Национално представително проучване (<http://mbmd.net/AnonymousNewsPage?param=42fa2727fc69df11f500be5091cef965>; посетен на 15 декември 2011)
- Министерство на здравеопазването (2005). Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства. София (http://www.ncedi.government.bg/zdravna%20strategia_prieta.htm; посетен на 30 март 2012).
- Министерство на здравеопазването (2006). Стратегия за внедряване на електронното здравеопазване в България. София, (<http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=419>, посетен на 30 март 2012).
- Министерство на здравеопазването (2008). Национална здравна стратегия 2008–2013. МЗ, София.
- Министерство на здравеопазването (2008а). Национален център по опазване на общественото здраве. Доклад за здравето на нацията – първостепенна инвестиция в бъдещето 2005-2007. София ([http://ncphp.government.bg/files/doklad08_1__12_2008-2%5B1%5D\(1\).pdf](http://ncphp.government.bg/files/doklad08_1__12_2008-2%5B1%5D(1).pdf)).
- Министерство на здравеопазването (2008б) Национална програма за превенция на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България 2008-2015 г. София (<http://www.mh.government.bg/DownloadHandler.ashx?id>, посетен на 27 март 2012).

- Министерство на здравеопазването (2009). Концепция за реструктуриране на болничната помощ. МЗ, София.
- Министерство на здравеопазването (2010). Прес-съобщение (<http://www.mh.government.bg/News.aspx?lang=bg-BG&pageid=401&newsid=2946>; посетен на 10 ноември 2010).
- Министерство на здравеопазването (2010а). Текущи проекти (ЕС). София, Министерство на здравеопазването (<http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bgBG&pageid=468&home=true>, посетен на 23 ноември 2010).
- Министерство на здравеопазването (2010б). Концепция за по-добро здравеопазване. София, Министерство на здравеопазването (<http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=419>, посетен на 27 март 2012).
- Министерство на здравеопазването (2010в). Регистър на аптеките. Последно актуализиран на 30.09.2010. (<http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=387&categoryid=1104>, посетен на 28.11.2010).
- Министерство на здравеопазването (2010г). Регистър на службите по трудова медицина. Последно актуализиран на 19.11.2010. (<http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=385>; посетен на 24.11.2010).
- Министерство на здравеопазването (2011). Национални медицински стандарти. София, Министерство на здравеопазването (<http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=397>, посетен на 25 февруари 2011).
- Министерство на здравеопазването (2011а). Конференция по е-здравеопазване, 10 февруари 2011. София, Министерство на здравеопазването (<http://www.mh.government.bg/News.aspx?pageid=401¤tPage=10&newsid=3168>, посетен на 27 април 2011).
- Министерство на здравеопазването (2011б). Новини. София, Министерство на здравеопазването (<http://www.mh.government.bg/News.aspx?pageid=401¤tPage=2&newsid=3194>, посетен на 10 март 2011).
- Министерство на труда и социалната политика (2009). Национална програма „Асистенти на хора с увреждания” (<http://www.mlsp.government.bg/bg/projects/АНУ-2009.pdf>; посетен на 24.10.2010).
- Министерство на труда и социалната политика (2010). Национална стратегия „Визия за деинституционализация на хора с умствени увреждания, умствена изостаналост и деменция” (Проект) (<http://www.mlsp.government.bg/bg/docs/indexstr.htm>; посетен на 18.10.2010).
- Министерство на труда и социалната политика (2010а). Прес-съобщение, 8.10.2010 (<http://www.mlsp.government.bg/bg/news/news.asp?catid=12&newsid=1581>; посетен на 18.10.2010).
- Министерство на финансите (2010). Анализ на прогнозния обем, цени и методи за измерване и заплащане на дейностите и услугите в извънболничната помощ. МФ, София (<http://www.minfin.bg/bg/page/550>, посетен на 27 януари 2011).
- Национална здравна стратегия 2008–2013 и План за действие. Държавен весник, № 107, 16 Декември 2008.
- Национална здравноосигурителна каса (2007). Годишен доклад за дейността на НЗОК за 2007 (http://www.nhif.bg/c/document_library/get_file?p_l_id=11276&folderId=13219&name=DLEF-501.pdf).

- Национална здравноосигурителна каса (2008). Годишен доклад за дейността на НЗОК за 2008 (http://www.nhif.bg/c/document_library/get_file?p_l_id=11276&folderId=13219&name=DLFE-4209.pdf).
- Национална здравноосигурителна каса (2010). Годишен доклад за дейността на НЗОК за 2009 г. НЗОК, София (http://www.nhif.bg/c/document_library/get_file?p_l_id=11276&folderId=13219&name=DLFE-4209.pdf, посетен на 17 март 2011).
- Национална здравноосигурителна каса (2010а). Регистър на индивидуалните договори 2010 (<http://www.nhif.bg>; посетен между 25.10. и 12.12.2010)
- Национална здравноосигурителна каса (2010б) [интернет страница]. Договорни пратнъори 2010 (<http://www.nhif.bg>, посетен на 28 септември 2010).
- Национален статистически институт (2009). България 2008 – статистическа панорама. НСИ, София (<http://www.nsi.bg/publications/StPanorama2008.pdf>, посетен на 11 юли 2010).
- Национален статистически институт (2010). България 2009. НСИ, София (http://www.nsi.bg/publications_e/Bulgaria_2009.pdf, посетен на 11 юли 2010).
- Национален статистически институт (2010а). Система на здравни сметки – данни. НСИ, София (<http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22&a1=509&a2=1058#cont>, посетен на 27 март 2012).
- Национален статистически институт (2010б). Легла в лечебните заведения за болнична помощ. НСИ, София (http://www.nsi.bg/ORDOCS/Zdr_2.1.3_Mr.xls, посетен на 27 март 2012).
- Национален статистически институт (2010в). Използване на ИКТ от домакинствата и лицата между 16 и 74 години през 2009 година. НСИ, София (http://www.nsi.bg/EPDOCS/ICT_hh2009.pdf, посетен на 27 март 2012).
- Национален статистически институт (2010г). Здравеопазване – данни. НСИ, София (<http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22>; посетен между 25 октомври и 18 декември 2010).
- Национален статистически институт (2011). Система на здравни сметки – Данни. НСИ, София (<http://nsi.bg/otrasal.php?otr=22&a2=1058#cont>, посетен на 10 януари 2011).
- Национален статистически институт (2011а). Здравно интервю. НСИ, София (<http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22>, посетен на 27 март 2012).
- Национален статистически институт (2011б). Доходи и разходи на домакинствата. НСИ, София (<http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>, посетен на 27 март 2012).
- Национален статистически институт (2011в). Инфлация и индекс на потребителските цени. НСИ, София (<http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=47>, посетен на 27 март 2012).
- Национален център по здравна информация (2001). Здравна статистика: България 2000. НЦЗИ, София.
- Национален център по здравна информация (2002). Здравна статистика: България 2001. НЦЗИ, София.
- Национален център по здравна информация (2003). Здравна статистика: България 2002. НЦЗИ, София.
- Национален център по здравна информация (2004). Здравна статистика: България 2003. НЦЗИ, София.

- Национален център по здравна информация (2005). Здравна статистика: България 2004. НЦЗИ, София.
- Национален център по здравна информация (2006). Здравна статистика: България 2005. НЦЗИ, София.
- Национален център по здравна информация (2007). Здравна статистика: България 2006. НЦЗИ, София.
- Национален център по здравна информация (2008). Здравна статистика: България 2007. НЦЗИ, София.
- Национален център по здравна информация (2009) Здравна статистика: България 2008. НЦЗИ, София.
- Национален център по здравна информация (2010) Статистика за общественото здраве. НЦЗИ, София.
- Петев, И. (2009). Домакински разходи за здравеопазване [магистърска теза]. Медицински университет – Варна.
- Попов, М. (2007). Въведение в здравната политика. СА „Д.А. Ценов“ – Свищов.
- Радева, М. (2008). Здравната система в България – справочник. ИК „СТЕНО“, Варна.
- Сметна палата (2006). Доклад за резултатите от извършен одит на изпълнението на дейността на Националния осигурителен институт по събирането на здравноосигурителните вноски за периода от 01.01.2003 г. до 31.12.2005 г. София.
- Торньова, Б., Шопов, Д. (2008). Мотивация на медицинските специалисти като условие за успеха на продължаващото им обучение [конференция]. Съюз на учените – Стара Загора, Международна научна конференция 5–6 юни 2008.
- Трифонов, К. (2010). Български фармацевтичен пазар и тенденции 2009-2010. Семинар на Роше-България, Правец, 9 април 2010 (www.dnevnik.bg/getatt.php?filename=o_885151.pdf; посетен на 30.11.2010).
- Хинков, Х. и др. (2011). Здравна политика, основана на доказателства [доклад]. Институт „Отворено общество“ – София.

На английски език

- Adamov et al. (2010). Human resources of the health system in the republic of Bulgaria. Svishtov, D.A. Tsenov Academy of Economics:29–69.
- Adamov, V. (2010). Remuneration. In: Adamov V et al. Human resources of the health system in the republic of Bulgaria. Svishtov, D.A. Tsenov Academy of Economics:69–80.
- Bulgarian National Bank (2010). Economic review. Sofia, Bulgarian National Bank.
- Daskalova et al. (2005). Health-care reforms and privatization – social and economic consequences. Sofia, Institute for Social and Trade Unions Research, Global Policy Network.
- Delcheva, E. (1999). What do customers pay for Bulgarian health care? Journal of Health Economics, 1999, 4:18–35.
- Delcheva, E., Balabanova, D., McKee, M (1997). Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. Health Policy, 1997, 42:89–100.

- Dobrinsky, R. The transition crisis in Bulgaria. *Cambridge Journal of Economics*, 2000, 24:581–602.
- European Commission (2008). Cancer screening in the European Union: Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening – First Report. Luxembourg, Publications of the European Commission (http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf, accessed 28 March 2012).
- European Commission (2010a). Social climate. Full Report. Report. Special Eurobarometer 315/Wave 71.2. Brussels, European Opinion Research Group EEIG.
- European Commission (2010b). Report: Patient safety and quality of health care. Special Eurobarometer 327/Wave 72.2. Brussels, European Opinion Research Group EEIG.
- European Commission (2010c). Report: E-Communications household survey. Special Eurobarometer 335/Wave 72.5. Brussels, European Opinion Research Group EEIG.
- Eurostat (2009). Europe in figures – Eurostat yearbook 2009. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-07-001/EN/KS-CD-07-001-EN.PDF, accessed 12 October 2009).
- Eurostat (2010). Eurostat [online database]. Brussels, European Commission (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database, accessed 15 July 2010).
- Eurostat (2011). Self-reported unmet need for medical examination or treatment, 2005–2009 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Self_reported_unmet_need_for_medical_examination_or_treatment,_2005-2009.png&filetimestamp=20111219110953, accessed 18 January 2011).
- Eurostat News Release (2010). Available online at http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/2-21062010-AP/EN/2-21062010-AP-EN.PDF.
- Freedom House (2010). Nations in transit: country report on Bulgaria. Available online at <http://www.cls-sofia.org/en/projects/democracy-15/other-6/country-report-on-bulgaria-for-the-annual-edition-of-freedom-house-nations-in-transit-36.html>.
- Georgieva et al. (2007). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(1):1–156.
- Marinova, L. et al. (2009). An update on an ongoing measles outbreak in Bulgaria, April – November 2009. *Eurosurveillance*:14(50). Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (<http://eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19442>, accessed 28 March 2012).
- Ministry of Regional Development and Public Works (2010). Operational Programme Regional Development. Sofia, Ministry of Regional Development and Public Works (<http://www.bgregio.eu/>, accessed 10 December 2010).
- Moutafova, E. (2011) National report: Bulgaria. Mobility of Health Professional (http://www.mohprof.eu/LIVE/DATA/National_reports/national_report_Bulgaria.pdf).
- National Center of Health Informatics (2009). Economic analysis of the activities of inpatient health care facilities in public health care system of Bulgaria for the period 2001–2008. Sofia, National Center for Health Informatics. (http://www.nchi.government.bg/Eng/download/healthcare_10A.pdf, accessed 27 March 2012).
- National Center of Health Informatics (2010). Public Health Statistics 2010. Sofia,

- National Center for Health Informatics. (http://ncphp.government.bg/files/nczi/izdania_2010/healthcare_10A.pdf)
- National Statistical Institute (2004). Census 2001: final results. Sofia, National Statistical Institute (http://www.nsi.bg/Census_e/Census_e.htm, accessed 10 July 2010).
- National Statistical Institute (2009). Bulgaria 2008 – statistical panorama. Sofia, National Statistical Institute (<http://www.nsi.bg/publications/StPanorama2008.pdf>, accessed 11 July 2010).
- National Statistical Institute (2010a). Health-table data. Sofia, National Statistical Institute (http://www.nsi.bg/ORPDOCS/Zdr_2.1.1_Mr_EN.xls, accessed 27 March 2012).
- National Statistical Institute (2010b). Bulgaria 2009 – statistical panorama. Sofia, National Statistical Institute (http://www.nsi.bg/publications_e/BulgariaPanoramaSummary09.pdf, accessed 11 July 2010).
- National Statistical Institute (2011). 2011 Population census in the Republic of Bulgaria (final data). Sofia, National Statistical Institute (http://www.nsi.bg/census2011/PDOCS2/Census2011final_en.pdf, accessed 27 March 2012).
- Newey, C. et al. (2003). Avoidable mortality in the enlarged European Union. Paris, Institut des Sciences de la Santé.
- Nolte, E., McKee, M., Gilmore, A. (2004). Morbidity and mortality in transition countries in the European context. Geneva, European Population Forum 12–14 January 2004.
- Rechel, B. et al. (2009). Impact of health reforms on child health services in Europe: the case of Bulgaria. *European Journal of Public Health*, 19(3):326–330.
- Rechel, B. et al. (2009a). Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. *International Journal for Equity in Health*, 8(1):24.
- Reed Specialist Recruitment (2009). Bulgaria – salary and labour market guide 09. Sofia, Reed Specialist Recruitment (<http://www.reedglobal.bg/assets/asset419.pdf>, accessed 17 December 2010).
- United Nations Development Programme Bulgaria (2003). National Human Development Report 2003. Rural regions: overcoming development disparities. Sofia, UNDP Bulgaria (<http://www.undp.bg/publications.php?id=1176>, accessed 27 March 2012).
- United Nations Development Programme Bulgaria (2008). Millennium development goals for Bulgaria. Sofia, UNDP Bulgaria (<http://www.undp.bg/publications.php?id=2691>, accessed 27 March 2012).
- WHO (2001). Mental health in Europe. Country reports from the WHO European network on mental health. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005). Poverty and health inequality in Bulgaria [Project]. Sofia, WHO Country Office, Bulgaria.
- WHO (2008). World Health Statistics 2008. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2009). WHO Statistical Information System (WHOSIS) [online database]. Geneva, World Health Organization (www.who.int/whosis/en/, accessed 28 March 2012).

- WHO (2009a). Health in the European Union: trends and Analysis. Observatory studies series No. 19 Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4742&langId=en>, accessed 27 March 2012).
- WHO (2010). Statistical Information System (WHOSIS) [online database]. Washington, DC, World Health Organization (<http://www.who.int/whosis/en/>, accessed 26 July 2010).
- WHO Global Health Observatory (2011). Global Health Observatory Database. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://apps.who.int/ghodata/>, accessed 26 April 2011).
- WHO Regional Office for Europe (2010). European Health for All database (HFA-DB) [online database]. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 12 July 2010).
- WHO Regional Office for Europe (2011). European Health for All database (HFA-DB) [online database]. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 12 May 2011).
- WHO Regional Office for Europe (2011a). National Health Accounts: Bulgaria Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.who.int/nha/country/bgr/en/>, accessed 18 April 2011).
- Wolff P (2010). 17% of EU citizens were at risk of poverty in 2008. EUROSTAT, Statistics in focus 9/2010. Brussels, The European Commission. (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-10-009/EN/KS-SF-10-009-EN.PDF, accessed 28 March 2012).
- World Bank (2009). Bulgaria – Mapping Bulgaria’s Future: Inclusive Growth and Productive Jobs [Policy Notes]. Report No. 55597-BG. Washington, DC, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- World Bank (2010). World Development Indicators [online database]. Washington, DC, World Bank (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&id=4&DisplayAggregation=N&SdmxSupported=Y&CNO=2>, accessed 15 November 2010).
- World Bank (2011). World Development Indicators [online database]. Washington, DC, World Bank (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&id=4&DisplayAggregation=N&SdmxSupported=Y&CNO=2>, accessed October 2011).

9.2 Списък на използваните закони и нормативни актове

- Biennial Collaborative Agreement between the Ministry of Health of the Republic of Bulgaria and the Regional Office for Europe of the WHO 2010/2011. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/101900/BUL1011.pdf, accessed 15 February 2011).
- Закон за бюджета на НЗОК за 2008 г. Държавен вестник № 113, 28 декември 2007.
- Закон за бюджета на НЗОК за 2010. Държавен вестник № 99, 15 декември 2009.
- Закон за държавния бюджет за 2008. Държавен вестник № 113, 28 декември 2007.
- Закон за държавния бюджет за 2010. Държавен вестник № 99, 15 декември 2009.
- Закон за здравето. Държавен вестник № 70, 10 август 2004; последно изменен 10 август 2010.

Закон за здравното осигуряване. Държавен вестник № 70, 19 юни 1998; последно изменен 10 август 2010.

Закон за здравословни и безопасни условия на труд. Държавен вестник № 124, 23 декември 1997; последно изменен 30 юли 2010.

Закон за лекарствата в хуманната медицина. Държавен вестник № 31, 13 април 2007; последно изменен 31 юли 2010.

Закон за лечебните заведения. Държавен вестник № 62, 9 юли 1999; последно изменен 31 юли 2010.

Закон за обществените поръчки. Държавен вестник № 82, 2009.

Закон за регионалното развитие. Държавен вестник № 50, 2008.

Наредба № 27 за признаване на организациите за защита правата на пациентите за представителни организации. Държавен вестник №, 12 декември 2008.

Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Държавен вестник № 112, 23 декември 2004.

Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 19 от 1999 за водене на регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите. Държавен вестник № 24, 31 март 2009.

Национален рамков договор 2010. Държавен вестник № 102, 22 декември 2009.

Национален рамков договор 2011. Държавен вестник № 3, 5 май 2011.

9.3 Методика и издателски процес

Профилите „Здравни системи в преход“ (HiTs) са дело на експерти от съответната страна в сътрудничество с директори по изследователската дейност и експерти на Обсерваторията. Те са основани на единна примерна форма (template), периодически ревизирана, която задава детайлни общи насоки, специфични въпроси, дефиниции, източници на данни и примери, нужни за съставянето на всеки доклад. Въпреки че формата предлага широк набор от въпроси, предназначението ѝ е да бъде използвана по такъв гъвкав начин, че да позволи на авторите и редакторите да я адаптират към специфичните национални условия. Последната налична форма може да бъде намерена на:

<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-template-2010>.

За изработване на профилите авторите черпят информация от най-разнообразни източници, обхващащи както национална статистика, национални и регионални политически документи, така и публикувана научна литература. В допълнение се използват международни бази данни, като тези на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и Световната банка. Базата здравни данни на ОИСР

съдържа 1200 показателя за 34 страни-членки на ОИСР. Данни се черпят от информацията, събирана от националните статистически агенции и министерства на здравеопазването. Световната банка предоставя Индикатори на световното развитие, които също почиват на официални източници.

В допълнение към информацията и данните, предоставени от местните експерти, Обсерваторията предлага количествени данни под формата на стандартни сравнителни данни за всяка страна, извлечени от базата данни „Здраве за всички“ (Health for All) за Европа. Базата данни „Здраве за всички“ (Health for All) съдържа повече от 600 показателя, дефинирани от Регионалното бюро на СЗО за Европа с цел мониторинг на политиките „Здраве за всички“ в Европа. Тя се обновява за разпространение два пъти годишно от най-разнообразни източници, като разчита извънредно много на официалните данни, предоставяни от правителствата, а също така и на здравна статистика, събирана от техническите подразделения на регионалното бюро на СЗО за Европа. Стандартните данни „Здраве за всички“ са официално одобрени от националните правителства. От своето лятно издание на 2007 г. базата данни „Здраве за всички“ започва да отчита разширения Европейски съюз на 27-те страни (ЕС27).

Авторите на обзора могат да интерпретират в детайли данните в текста, включително и тези, подготвени от сътрудниците на Обсерваторията, особено ако има пораждащи въпроси различия между данните от различни източници.

Един типичен анализ се състои от девет глави.

1. Въведение: очертава по-широкия контекст на здравната система, включително географията и социо-географията, икономическия и политически контекст и здравето на населението.
2. Организация и управление: предлага общ поглед върху това, как е организирана, управлявана, планирана и регулирана системата на здравеопазване в дадена страна, както и върху историческия фон на системата; очертава основните участници и тяхната отговорност за вземане на решения; описва равнището на овластяване на пациентите в областта на информацията, избора, правата, процедурите за оплаквания, публично участие и трансграничното здравно обслужване.
3. Финансиране: дава информация за равнището на разходите и разпределението на здравните разходи между различните подсектори на системата, източниците на приходи, как се събират и разпределят

- ресурсите, който е осигурен, какви са медицинските услуги, покрити от осигуровката, степента на използване на потребителски такси и други директни плащания от пациентите, доброволното здравно осигуряване и методите на заплащане на изпълнителите на медицинска помощ.
4. Материални и човешки ресурси: посветена е на планирането и разпределението на капитала и инвестициите, инфраструктурата и медицинското оборудване; влиянието на информационните технологии и значението на човешките ресурси като фактор на системата на здравеопазване, включително и дава информация за тенденциите в работната сила, професионалната мобилност, обучението и кариерното развитие.
 5. Предоставяне на здравни услуги: акцентира върху организацията и предоставянето на услуги и „пътя“ на пациента в системата, като разглежда общественото здравеопазване, първичната помощ, специализираната помощ, дневния стационар, спешната помощ, лекарствоснабдяването, рехабилитацията, продължителното лечение, неинституционализираните грижи, палиативните грижи, психиатричната помощ, денталната помощ, допълващата и алтернативна медицина и здравните услуги за определени групи от населението.
 6. Основни реформи в здравеопазването: прави преглед на реформите, политиката и организационните промени, както и дава общ поглед върху бъдещото развитие
 7. Оценка на здравната система: представя оценка, основана на целите на здравната система, финансовата закрила и равенството при финансирането; опита на пациентите и равенството в достъпа до медицински грижи, здравните резултати, резултатите от обслужването и качеството на помощта; ефективността на здравната система; прозрачността и отговорността.
 8. Заключение: посветена е на ключовите изводи; извежда на преден план уроците от промените в системата на здравеопазване и резюмира актуалните предизвикателства и бъдещи перспективи.
 9. Приложения: включват използваната литература, полезни уеб страници и законодателни и нормативни актове

Качеството на разработките е от голяма важност, тъй като те са източник на информация при формиране на политиката и за метаанализа. Анализите са предмет на широки консултации в хода на процеса на писане и редактиране, който включва множество съгласувания. След това те са предмет на следното:

- Прецизен процес на рецензиране (виж по-долу)
- По-нататъшни усилия за гарантиране на качеството при довършителните работи, които се концентрират върху стилистичната редакция и коригирането.
- Разпространение на анализите (на материален носител, под формата на електронни публикации, преводи и публични представления). Редакторът оказва подкрепа на авторите по време на процеса на създаване и в тесни консултации с тях прави цялостния процес и резултатите от него възможно най-ефективни.

Един от авторите е член на екипа от сътрудници на Обсерваторията и отговаря за подкрепата на останалите автори в процеса на подготовка. Те се консултират непосредствено с оглед на това всеки етап от процеса да е възможно най-ефективен, така че анализите да отговарят на стандартите на поредицата и да са полезни както при вземането на решения на национално равнище, така и за сравнения между страните.

9.4 Процес на рецензиране

Той се състои от три етапа. Най-напред текстът на анализа се проверява, рецензира и одобрява от редакторите на поредицата от страна на Европейската обсерватория. След това той се изпраща на двама независими академични експерти и техните коментари и препоръки се вземат предвид, като се правят нужните корекции. След това текстът се предоставя на съответното министерство на здравеопазването или на подходяща институция, като представителите на тези органи са ограничени да коригират само фактически грешки.

9.5 За авторите

Антония Димова е доцент по здравен мениджмънт, управление на качеството в здравеопазването и здравна политика в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването при Медицински университет – Варна. Тя има магистърска степен по здравен мениджмънт, специалност по медицинска информатика и здравен мениджмънт и докторска степен от Медицински университет – Варна.

Мария Рохова е главен асистент по здравен мениджмънт, маркетинг, стратегическо управление и бизнес планиране към Катедрата по икономика и управление на здравеопазването в Медицински университет – Варна. Има магистърска степен по мениджмънт от Икономически университет – Варна, както и специалност по медицинска информатика и здравен мениджмънт от Медицински университет – Варна. Докторант е по социално управление в Икономически университет – Варна.

Емануела Мутафова е доцент по здравна икономика и статистика и ръководител на Катедрата по икономика и управление на здравеопазването при Медицински университет – Варна. Завършила е Икономически университет – Варна и има докторска степен от Медицински университет – Варна.

Елка Атанасова е главен асистент по икономика и здравна икономика в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването при Медицински университет – Варна. Има магистърска степен по здравен мениджмънт и специалност по здравна икономика от Медицински университет – Варна. Тя е докторант в Университета в Маастрихт, Холандия.

Стефка Коева е професор по икономика и здравна икономика в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването при Медицински университет – Варна. Има докторска степен по икономика и втора степен „Доктор на икономическите науки”. Била е Фулбрайт професор и е работила като професор по икономика в Университета в Делтауеър и Гетисбърг Колидж, САЩ.

Димитра Пантели има степен по медицина от Университета Аристотел в Солун и магистърска степен по обществено здравеопазване от Медицински университет „Charité” в Берлин. Тя е изследовател и докторант в Катедрата по здравен мениджмънт на Берлинския технологичен университет.

Еваут ван Гинекен е старши изследовател в Катедрата по здравен мениджмънт на Берлинския технологичен университет и в Берлинската група на Европейската обсерватория за здравни системи и политики. Има магистърска степен по здравни науки, здравна политика и администрация от Университета в Маастрихт и докторска степен по обществено здравеопазване от Берлинския технологичен университет.

Антония Димова
Мария Рохова
Емануела Мутафова
Елка Атанасова
Стефка Коева
Димитра Пантели
Еваут ван Гинекен

**Здравни системи в преход.
България: анализ на здравната система 2012**

Българска, първо издание

Формат: 16 / 70 × 100

Обем: 14 п.к.

Медицински университет
“Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна

ISBN 978-954-9685-93-0