

Концепция за по-добро здравеопазване в България'2010-2015 г.

Отличителни черти на здравеопазването в България понастоящем:

1) Брой болници за активно лечение на 100 000 жители население в България – 4.7 срещу 2.7 (Франция), 2.6 (Германия), 1.1 (Словения) и т.н. (регионален офис на СЗО за Европа, 2007).

Броят болнични легла в България е 49 135 т.е. 6.55/1000 души население срещу 3.1/1000 средно за Европа.

2) Прогресивно нарастващи в годините хоспитализации – от 1 200 000 през 2001 г, до 1 850 000 през 2008 г и очаквано 2 080 000 през 2010 година.

3) Разпределение на финансовия ресурс в здравеопазването в момента в България:

	Болници за активно лечение	Болници за продължително лечение	Извънболнична помощ	Лекарства
България	51%	3%	18%	28%
Европа (средно)	29%	12%	31%	28%

Следователно всички параметри са коренно различни от съответните в Европа, а целта на реформата е да се повиши ефективността на медицинските грижи като се доближим до средноевропейските стандарти.

За повишение в ефективността на болничното лечение и за намаление на необосновано високите болнични разходи е необходимо:

1. **Регулация** в броя на болничните легла (49 135) и броя на болниците (350)
2. **Изваждане** на част от Клиничните пътеки в извънболничната помощ като протоколи за дейност; Преразглеждане алгоритъма на Клиничните пътеки;
3. **Регулация** в оборота на болниците – ограничения чрез електронната здравна карта и доброволното здравно осигуряване;
4. **Въвеждане** на доплащане в болниците – разлика между цена на болница - цена на НЗОК;

Акцентът трябва да падне върху извънболничните медицински активности:

1. Еднодневна хирургия

2. *Амбулаторни здравни грижи* – поставяне на диагноза или провеждане на лечение в консултативно-диагностичния блок на болницата, а не вътре в отделенията на болницата. Това е по-евтино и достатъчно ефективно при съвременното състояние на диагностичните и терапевтични достижения на медицината.

3. *Домашни здравни грижи* – разширяване на сестринските грижи в дома с цел:

- Реализация на връзката болница–дом;
- Реализация на връзката еднодневна хирургия-дом;
- Да се измести от институционално към домашно лечение, което е с по-добро съотношение цена-ефективност;

4. Реформи в диспансеризацията на НЗОК

Овладяване на рехоспитализациите чрез по-строг контрол върху болните с тежки хронични заболявания от страна на специалистите от извънболничната помощ – ревизия на диспансерния контрол за осигуряване на трайно диспансерно наблюдение без допускане на хоспитализации.

5. Реформи в работата на Общопрактикуващите лекари(ОПЛ)

Въвеждане на финансови стимули за ОПЛ, работещи в групови практики и със специалност.

Всичко това трябва да осигури:

- ✓ достъпност
- ✓ качество
- ✓ безопасност
- ✓ спестяване на финансови разходи.

КАК ДА СЕ ПОСТИГНЕ ТОВА БЕЗ ДА СЕ ДОПУСНЕ СОЦИАЛНО НАПРЕЖЕНИЕ ?

Финансовите спестявания все пак трябва да бъдат умерени, за да не водят до опасност от социални проблеми и стачки, които биха довели и до политически последици.

Задачи:

I Остойносттаване на медицинските услуги от Министерството на финансите – основа за провеждане изобщо на здравна реформа (октомври 2010 г). Остойносттаването ще се приеме от Министерски съвет, обсъди и съгласува с Български лекарски съюз, Профсъюзите и независими експерти.

Същността на реформата не е самоцелно правене на икономии, а подобрене в качеството на медицинските грижи.

Икономииите от свърх-хоспитализациите трябва да се вложат в по-реално остойносттаване на Клиничните пътеки, които са недофинансирани. С това ще се

подобри качеството на медицинските грижи и ще се намали необходимостта от рехоспитализации.

II Изработване на медицински стандарти за всяка специалност – публикувани в Държавен вестник до края на август 2010 г. според изискванията на новия Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ).

Съвместно с националните консултанти са разработени, одобрени в Министерство на здравеопазването и публикувани в Държавен вестник (ДВ) **58 медицински стандарта**, които служат като основа за оценка ефективността на работата в Лечебните заведения в определените три нива на компетентност, сложност и обем на работа. Нормална работа съгласно с медицинските стандарти може да бъде осигурена само при адекватно финансиране.

Резултат:

- ✓ Въвеждане на *унифициран европейски критерии* за оценка нивата на квалификация и обем на работа в отделните звена на здравеопазната система.
- ✓ Стандартът е един от *основните критерии в изграждането* на Областните и Националната здравни карти.

III Изработване на Областни и Национална здравни карти (до декември 2010 г)

1. Подготовка със събиране на подробна и актуална информация за структурата на здравеопазната система – въвеждане на 50 индикатора за оценка.
2. Обобщение на данните по области.
3. Проведена ревизия на всяка област по конкретните индикатори и оптимизиране ефективността на работа във всяка структура на здравеопазната система.
4. Обработка на ревизираните данни и изготвяне на предложения за работата на всяка Областна комисия.
5. Назначение на нови Областни комисии съгласно новия ЗЛЗ публикуван в ДВ от 31.07.2010 г. за изработването на Областни здравни карти.
6. Назначение на Централна комисия за обобщение и утвърждаване на данните от Областните комисии и респ. на Национална здравна карта – септември/декември
7. Пререгистрация на Лечебните заведения – до 31 октомври 2010 г.
8. Контрол за съответствие с медицинските стандарти – до 1 декември 2010 г. с последваща лека нова редуция в броя на леглата.
9. Утвърждаване на Областните и Националната здравни карти – 31 декември 2010 г.
10. Нови разрешения за лечебна дейност – до 31 януари 2011 г.
11. Сключване на нови договори на Лечебните заведения с НЗОК – след 1 януари 2011 г.
12. Започване на работа по следваща Национална здравна карта – декември 2011 г. (актуализация на всеки 3 години).

Преструктурирането на болничната система включва:

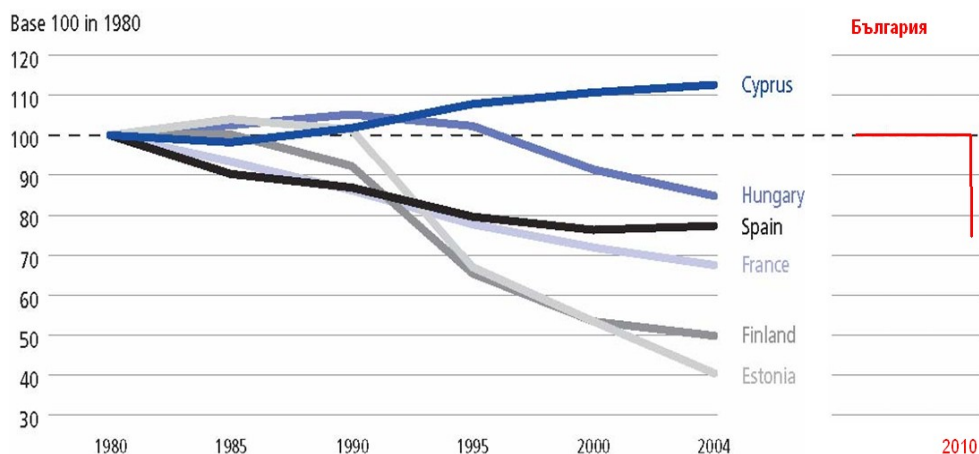
1. Ревизия на болничната мрежа и отстраняване на:
 - ✓ структури, неотговарящи на европейските медицински стандарти
 - ✓ дублиращи се структури
2. Окупняване на различни болнични отделения с оптимизация в броя на леглата.
3. Създаване на сегмента болници за долекуване и продължително лечение. ЗАЩО е необходимо ?
 - Хроничните заболявания нарастват главоломно и от 45% от всички заболявания през 1990 година ще станат 75% през 2020 година.
 - Това изисква създаване на болници и отделения за продължително лечение, където директно да постъпват хронично болните и с това няма да се блокират леглата в болниците за активно лечение, както е сега.
 - Това са по-евтините легла в болничната система.

Преструктурирането на болничните легла ще се извърши в две фази – краткосрочна (2011 г) и средносрочна (2012 г):

година	Брой болнични легла на 1000 души население	Брой хоспитализации на 1000 души население *Европа 27 (2006) – 20.75
2010	6.55/1000	218/1000 1 850 000
2011	4.5/1000	190/1000 1 500 000
2012	3.5/1000	160/1000 1 250 000

*WHO-European health for all database - 2007

България е направила най-късната (с 20 г. закъснение) и най-острата редукция на болнични легла за активно лечение в сравнение с всички останали страни от Европа:



СЗО, Регионален офис за Европа, 2007

IV Закупуване и инсталиране (2011-2013 г) на високотехнологично медицинско оборудване в четири групи болници с национална цел борба с раковите заболявания и нарастващия брой хронични заболявания

1. Подобряване на ранната диагностика на онкологичните заболявания;
2. Подобряване на качеството и достъпа до онкологично лъчелечение;
3. Създаване на по-добри възможности за долекуване и продължително лечение на прогресивно застаряващото население в страната при нарастващ дял на хроничните заболявания;
4. Интервенции с цел деинституционализация на деца от 0 до 3 години от домовете за медико-социални грижи за деца (ДМСГД).

Според последните данни, публикувани от Националния раков регистър за периода 1993-2007 г. броят на новите случаи на ракови заболявания нараства с 2-3% годишно. В България има относително ниска хоспитализирана заболеваемост в различните региони на страната (Северозападен - 597/100 000 и Централен южен – 676/100 000 в сравнение със средната стойност за Европейския съюз от 1 693/100 000).

Наблюдаваното 5-годишно ниво на преживяемост в случай на онкологично заболяване за България е 28%, което е под средното ниво за Европейския съюз от 60%, като е налице и по-висока болнична смъртност при онкологични заболявания (233/100 000 в България сравнено с 175/100 000 в Европейския съюз). За преодоляване на тази неблагоприятна тенденция ще са необходими инвестиции в модерни технологии за ранно откриване на онкологичните заболявания, както и за адекватното им съвременно лечение.

Интервенции в болници със 100% държавна собственост:

1. Центрове за лечение на онкологични заболявания с национално значение

Инвестицията ще бъде в *иновативни технологии за онкологично лечение* посредством закупуване на високотехнологично медицинско оборудване в три болници. В една от тях ще се произвежда високотехнологичен фармацевтичен продукт (изотоп) за ранна диагностика, който ще се използва в няколко български болници. Националните центрове са: СБАЛО-София, УМБАЛ „Света Марина-Варна, УМБАЛ „Александровска”, *резерва* – УМБАЛ „Царица Йоана”.

2. Многопрофилни областни болници с 51% или повече държавна собственост:

Инвестицията ще бъде в *иновационни технологии и оборудване за ранна диагностика на онкологични заболявания* (Монтана, Плевен, Велико Търново, Русе, Бургас, Сливен, Пловдив, Смолян, Кърджали, Благоевград и *резервни* – Габрово, Силистра, Търговище).

Интервенции в болници с над 50% общинска собственост:

1. Онкологични диспансери

Инвестицията ще бъде за оборудване за онкологична диагностика и лечение (Враца, Велико Търново, Русе, Шумен, Бургас, Пловдив, Стара Загора, Хасково, Благоевград, София).

2. Големи общински болници

Основанието за съвременно оборудване е да се осигури достъп на населението до иновативна апаратура за диагностика и лечение без да налага посещение в областна

болница (Лом, Свищов, Балчик, Казанлък, Велинград, Карлово, Самоков, Сандански, Гоце Делчев и *резерв* - Асеновград).

3. Болници за долекуване и медицински центрове

Това са болници за активно лечение, които ще бъдат реструктурирани в болници за долекуване, продължително лечение и медицински центрове. Инвестицията ще бъде за ремонт и базово оборудване. Видът оборудване ще зависи от типа на най-често срещаните заболявания, при които има нужда от дългосрочни и продължителни грижи. Апаратурата ще осигури необходимата диагностика за населението на ниво извънболнична помощ и при нужда ще се транспортира населението до болница за активно лечение, както и ще се гарантират рутинните диагностични изследвания при осъществяване на дългосрочни грижи (Дряново, Елена, Генерал Тошево, Средец, Любимец).

Допустима апаратура:

1. Циклотрон
2. Линейни ускорители с планиращи системи
3. Магнитно-резонансен скенер (1.5 тесла сила на магнитното поле - 1.5; Максимална сила на градиентите по-голяма от 30 mT/m)
4. Компютърен томограф (16-срезов окомплектован със софтуерни програми за диагностика на онкологични заболявания и/или приставки за планиране на лъчелечение)
5. Лабораторен комбайн
6. Дигитален графичен или скопичен рентгенов апарат
7. Ултразвуков апарат - мултифункционален, с цветен Доплер, окомплектован със съответните софтуерни пакети и сонди
8. Система ПАКС - компютърна система за преглед и архивиране на образни изследвания
9. Дигитален мамограф
10. Брахитерапия
11. Друго оборудване свързано с онкология

Интервенции за деинституционализация на деца от 0 до 3 години от домовете за медико-социални грижи за деца – ДМСГД (2010-2020 г).

Инвестицията за деинституционализиране ще бъде направена в съответствие с Националната стратегия *”Визия за деинституционализация на децата в Република България”*¹ приета от Министерски съвет на 24.02.2010г, която предвижда до 2020 г. за всички уязвими деца и техните семейства да се осигурят висококачествени услуги в общност, която отговаря на индивидуалните им нужди. Това е интегриран проект между инфраструктурните мерки по Оперативна Програма „Регионално Развитие” и развитието на нови здравни и социални услуги по Оперативна Програма „Човешки Ресурси”.

Резултати

Предложените интервенции се очаква да допринесат за *ранно откриване на онкологичните заболявания, което ще позволи и по-добро лечение със съвременни технологии*. Така ще се постигне по-висока преживяемост на онкологично болните, пониска степен на рецидиви, понижен риск от напредване на болестта, понижаване на

смъртността (очаквано с около 20% за 5-годишен срок) и подобро качество на живот на пациентите.

Прилагането на планираните дейности в общинските болници ще отговори на здравните потребности на населението от болнични заведения за *долекуване и продължително* лечение. В така оборудваните медицински центрове се очаква да се подобри качеството на лечение като се осъществява диагностика на местно ниво, а лечение – при необходимост на областно ниво. Структурните промени ще доведат и до по-ефективно разпределение на разходите за здравеопазване, което ще осигури по-голям достъп до по-качествени услуги при наличния финансов ресурс.

Инвестицията в ДМСГД ще доведе до затваряне на 5 до 10 ДМСГД, което ще доведе до по-добро качество на живот на изоставените деца и до по-естественото им приобщаване към обществения живот, от което зависи протичането на бъдещия им живот.

V Преоценка на Клиничните пътеки – септември-октомври 2010 г.

1. Изработване на Протоколи за процедура (диагностична или лечебна) за изнасяне на дейности от болничната в извънболничната помощ **на по-ниски цени**.
2. Оценка на Клинични пътеки за долекуване и продължително лечение за работа в новите болнични структури за болни с хронични заболявания.
3. Преоценка на всички Клинични пътеки с цел **оптимизация на разходите и подобряване на качеството на лечението (при недофинансираните клинични пътеки)**.

Резултат:

- ✓ *точно остойностяване на:* изследвания, процедури, режимни, труд;
- ✓ *определяне времетраенето на процедурата* за оценка кратността ѝ в работния ден;

Това е пазарен модел, а не административен подход.

VI Изработване на електронна здравна карта за дисциплиниране на системата (2010 г - за подготовка, спецификация, обществена поръчка; 2011 г – въвеждане на електронната здравна карта в страната на три етапа)

Един от основните лостове за намаляване на оборота в хоспитализациите е именно дисциплиниране на системата от електронната здравна карта. Нейната задача в първите години ще бъде основно контролна, а през следващите години тя ще има възможности за надграждане и внасяне на допълнителна информация. Ще се използва личната карта на гражданите, където е налице необходимата за идентификация на лицето информация и ще се използва Интернет-мрежата. Това ще позволи поевтиняване и бързо въвеждане на проекта. В момента:

- ✓ Предстои издаване на Заповед на Министъра на здравеопазването за обявяване на Обществена поръчка за изработване на техническата спецификация за въвеждане на Електронна здравна карта в Република България при доказано наличие на средства за този проект – **забавя се поради неосигурено финансиране от Министерство на финансите.**

- ✓ Предварителната подготовка е извършена от Експертна група специалисти по Информационни технологии от няколко институции (Министерство на здравеопазването, Министерство на вътрешните работи, Министерство на транспорта и информационните технологии, Министерство на финансите, НЗОК, Фондация “Електронно здравеопазване“) – септември 2010 г.
- ✓ Същата Експертна група ще остане траен консултант и надзорник по време на процеса свързан с разработването и внедряването на Електронна здравна карта в страната.

Експертната група специалисти по Информационни технологии предлага три етапа на внедряване на Електронната здравна карта в България:

Първи етап - в три големи града на страната (София, Пловдив, Варна)

- Университетски болници
- ОПЛ – общопрактикуващи лекари
- Специалисти - извънболнични
- Аптеки

Втори етап - в останалите 25 областни градове (в областните болници, ОПЛ, специалисти, аптеки)

Трети етап - в общините (в общинските болници, ОПЛ, специалисти, аптеки)

Първоначално ще се използват наличните технически възможности и след проучване ще се свържат последователно и следващи участници в системата за контрол.

Помислено е за техническите възможности за регистрация в колите на Спешна медицинска помощ, при домашно посещение и т.н.

VII Законодателни промени необходими за здравната реформа (2010 г):

1. Закон за лечебните заведения – приет и публикуван в ДВ/31.07.2010г.
2. Закон за здравето – след първо четене в Парламента
3. Закон за лекарствените средства в хуманната медицина - внесен за разглеждане в Парламента
4. Закон за здравното осигуряване – работи се по внасяне на основни промени – втори доброволен здравен фонд, тежки наказания за нередовни платци на здравноосигурителни вноски ...
5. Закон за Университетските болници
6. Наредби за реализация на законовите разпоредби:
 - ✓ Наредба 29 свързана със Закона за лечебните заведения
 - ✓ Наредба 34 свързана с лекарствата

VIII Въвеждането на втори фонд за Доброволно здравно осигуряване е допълнителен лост за ограничаване на хоспитализациите и ще доведе до:

- ✓ намаление в броя на хоспитализираните
- ✓ допълнителни приходи за лечебните заведения
- ✓ официално регламентиране на доплащането при болнично лечение, както е в другите страни.

Това предложение ще се направи в новия Закон за здравното осигуряване след продължително обсъждане в Работна група на МЗ, в партия ГЕРБ и в Здравната комисия на парламента.

IX Лекарствена политика

Създаване на условия със законови промени и съответни Наредби за нормализиране на утвърждаването, закупуването, разпространението и снабдяването с лекарства в страната.

1. Прехвърляне на някои лекарства от Министерство на здравеопазването към НЗОК (следтрасплантационното лечение) – 2011 година.
2. Създаване на Регистър на медицинските изделия с определяне на пределни цени (2010-2011 година).
3. Създаване на Фонд за редки заболявания с цел създаване на база-данни за тези болни, за оптимизиране и регулиране на лечението им (2010-2011 година).
4. Регулиране навлизането на иновативните продукти в лечебната практика (2011г) с цел оптимизация на обществените разходи.
5. Строг контрол в разпределението и разхода на скъпоструващите лекарства – без срок.

X Въвеждане на Диагностично-свързани групи – ДСГ (2011-2014 г.)

Промяната в системата на болнична организация на диагностично-лечебния процес ще започне през 2011 година и ще продължи няколко години, през което време ще се подготвят необходимите процедури:

1. Подготовка и изработване на Препоръки за добра практика за всяка специалност и подспециалностите ѝ (2011-2012 година). Това е задължително условие, тъй като ДСГ не съдържат клиничен алгоритъм.
2. Подготовка и изработване на Протоколи за работа във всяко клинично отделение на всяка отделна болница (2013-2014 година). Задължително условие тъй като ДСГ не съдържат клиничен алгоритъм.
3. Поетапно въвеждане на новата организация в работата на болничната система (2015 г) при условие, че има добро стопанско състояние в страната.

XI Изработване и въвеждане на Национални програми по основните социално-значими заболявания (2011-2012 г):

1. Сърдечно-съдови заболявания
2. Захарен диабет
3. Гериатрия – критикувани сме от Европа, защото населението навсякъде прогресивно застарява и здравеопазването трябва да се подготви за посрещане на този удар

XII Промяна в обучението и специализацията по медицина-2010/2011 г.

Разработва се Програма за широко обсъждане с:

1. Медицинските университети
2. Министерство на образованието
3. БЛС
4. Профсъюзите

Приоритетни за здравните грижи са:

1. Намаление на майчината и детска смъртност
2. Сърдечно-съдовите заболявания
3. Раковите заболявания

При реализацията на Националния план за по-добро здравеопазване трябва да се ръководим от три условия при вземане на решения:

1. Качество и безопасност на здравните грижи
2. Отговарящи на здравните нужди на населението
3. Икономически и финансов баланс