



Предложения на УС на БСК и УС на Сдружението на общинските болници в България за промени в организацията, управлението и финансирането на здравеопазването и здравето осигуряване

Основните характеристики и изисквания към системата на здравеопазване, механизмите за контрол за спазване правото на гражданите на здраве, медицинска помощ и обслужване са регламентирани в международно приети документи на ООН и СЗО.¹ Най-общият преглед показва, че държавата не изпълнява регламентираните основни изисквания, като са налице редица несъответствия и нарушения при остойносттаването, допускане на дискриминация, регресивно развитие, и др.

- Не е гарантиран реален и равнопоставен достъп до качествено здравеопазване на една трета от българските граждани, огромни са регионалните неравенства, медицинските специалисти и болнични заведения са концентрирани в малко на брой урбанизирани центрове, в резултат на което се увеличават различията в здравния статус на отделните социално-икономически групи и детската смъртност в различните региони.
- Неконтролираното разрастване на лечебните заведения не отговаря на ниското икономическо развитие и доходи, възможностите за материално кадрово обезпечаване и продължаващото обезлюдяване на цели райони, като се разширява бюрократизацията, злоупотребите, корупцията и неправомерните трансфери на публични ресурси.
- Системата е дебалансирана в полза на разходи за болнична помощ и лекарства, спрямо необходимите разходи за доболнична помощ, превенция и профилактика, над 10% от населението не е здравно осигурено.
- Системата е дебалансирана в полза на разходи за болнична помощ и лекарства, спрямо необходимите разходи за доболнична помощ, превенция и профилактика. Превенцията би могла да предотврати над 35% от смъртните случаи, като в това отношение страната има едни от най-ниските резултати в ЕС.
- Над 10% от населението не е здравно осигурено, НЗОК се превръща в орган, финансиращ медицинското обслужване на цялото население без оглед на осигурителния принос, осигурителната система се натоварва с несвойствени функции при одържавено управление.
- България заема незавидна позиция по повечето основни здравни показатели, спрямо останалите ДЧ на ЕС, вкл. по продължителност на живота от 74.6 г. (второ най-ниско равнище и почти 6 г. под средното в ЕС), изключително нисък е дела на хората с увреждания, които работят.
- Смъртността е най-високата в ЕС, като над 80% е причинена от сърдечно-съдови заболявания или новообразувания, вкл. такива, предотвратими с медицински интервенции.
- Разходите за здравеопазване на жител в България са над 4 пъти по-ниски от средното ниво за ЕС, като делът на средствата за здравеопазване за сметка на населението

¹ Чл. 12 от ратифицирания Международен пакт за икономическите, социалните и културните права от 1966 г.; Коментар № 14 от общ характер на Комитета по икономическите, социалните и културните права към ООН (Двадесет и втора сесия от 2000 г.) включващ 65 разяснения относно съдържанието на чл.12 от Пакта; Право на здраве – Факт лист №31/2008 на Върховния комисариат на ООН по правата на човека и СЗО . Виж <https://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> и <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

в общите разходи за здравеопазване е около 50% при не повече от 15-18% средно в другите ДЧ на ЕС.

- Досегашните опити за промени в здравеопазването се характеризират с ниска взаимна обвързаност, приемственост, последователност, прозрачност и консенсусно начало, което блокира тяхното въвеждане, създава значими рискове за националната сигурност и широки негативни обществени нагласи.

- Не са формулирани и приети реалистични приоритети, обща концепция и работещ модел на промени в здравеопазването, взетите решения не отчитат баланса между здравни потребности, поставени цели, ограничени финансови ресурси и капацитет на компетентните държавни органи институции. Не се търси консолидиране на усилията и възможностите на организациите на медицинските специалисти, пациенти, социални партньори и неправителствен сектор.

Неразрешените хронични проблеми, ниска ефективност и ефикасност на здравеопазването и здравното осигуряване формират широк консенсус за необходимостта от предприемане на спешни мерки. Отчитайки тези обстоятелства и протичащия обществен и експертен дебат, УС на БСК и УС на СОББ декларират категорична подкрепа за предприемане на радикални промени в организацията, управлението и финансирането на здравеопазването и здравното осигуряване, вкл.:

1. Да се извърши задълбочен предварителен анализ на състоянието, ефективността и управлението на здравеопазването, вкл. нормативна рамка, осигуреност с медицинска помощ и здравни услуги, здравно осигуряване и финансиране от бюджета.

2. На тази основа да се разработи обща концепция за основни промени (препроектиране) в организацията, управлението и финансирането на здравеопазването. Основна цел на концепцията е промяна в модела и осигуряване на достатъчно твърди гаранции на основното и неотменимо право на гражданите на здраве, налична, достъпна (недискриминация, физическа и икономическа достъпност), своевременна, адекватна, приемлива, качествена медицинска помощ и обслужване в съответствие с чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Р България, чл. 12 от ратифицирания Международен пакт за икономическите, социалните и културните права от 1966 г. и коментарите и разясненията на Комитета по икономическите, социалните и културните права към ООН и Върховния комисариат на ООН по правата на човека и СЗО, цитирани в началото на този документ.

3. В основата на концепцията следва да залегне последната 11-та ревизия на Международната класификация на болестите, МКБ-11 (ICD-11) на СЗО, влизаща в сила от 2022 г. МКБ-11 унифицира създаването, кодирането и използването на информация за новите диагностични и терапевтични процедури, осигурява съвместимост със съвременните електронни здравни приложения и информационни системи, както и прецизното (по измерим начин) дефиниране на проблеми и цели, разпределение и използване на ресурси, обективно планиране и управление на развитието и интеграцията на отделните лечебни заведения и националната здравна система.

4. В тази връзка е необходимо да бъде изготвен и остойностен модел за потребностите, услугите и необходим капацитет, ресурси и бюджетиране на здравната система, основан на достоверни данни и дългосрочни прогнози за демографските характеристики, заболяемост, регионални особености и др.

5. Незабавна законова регламентация на ясно дефиниран основен пакет от здравни услуги (поставяне на надеждни медицински диагнози, провеждане на ефективни терапии и осигуряване на качествени медицински грижи), който не подлежи на различна интерпретация от общопрактикуващите лекари (ОПЛ), болничните заведения, пациенти, финансиращи институции, контролни органи и трети лица.

6. Ясно разграничение на клиничната отговорност и рамката за финансиране на доболничната и специализирана помощ, болничната и след болнична грижа, предотвратяване на злоупотребите с хоспитализацията и свеждането ѝ до средните равнища в ЕС на 1000 д. население.

7. Преразглеждане, уеднаквяване на доходността и диференциация на цените на клиничните пътеки, изпълнявани в защитени болници обслужващи отдалечени, слабо населени райони, възрастни пациенти, малцинствени групи, социално слаби, и диагностицирани заболявания с висока честота. Реформиране на медицинската експертиза на функционалността, вида и степента на уврежданията на основата на Международната класификация на функционалността, човешкото здраве и уврежданията (ICF) на СЗО.

8. Прецизиране на медицинските стандарти като се отчита района, броя на обслужваното население и отдалеченост от големи областни градове.

9. Гарантиране функционирането на система от защитени държавни и общински болници на регионално ниво (региони за планиране и големи административни области, общини и градове с ясен демографски профил и перспектива). Консолидиране на основните болнични заведения в общественото здравеопазване при оптимална локализация и покритие на обслужваното население.

10. Приемане на концепция за стабилизиране, оздравяване и развитие на общинските лечебни заведения за болнична медицинска помощ, вкл. промени в статута на част от болниците в звена за спешна помощ, медицински заведения за специализирана, следболнична, и дългосрочна грижа. По такъв начин се запазват възможностите за оказване на качествена спешна медицинска помощ, извършване на клинично-лабораторни изследвания, образна диагностика и специализирана консултативна медицинска помощ извън областните градове. В значителна степен ще бъде компенсиран недостигът в първичната извънболнична медицинска помощ, незаетите практики на общопрактикуващи лекари, на легла за сестрински грижи, които по европейски стандарти трябва да са сравними по брой с леглата за активно лечение. Ще бъде съхранено минимално необходимото регионално покритие с лекари специалисти, като се запазят от обезлюдяване опорни населени места, отдалечени от големите градове и областни центрове, и намален риска от преустановяване на дейността на големи и средни работодатели.

11. Да се обсъдят нормативни решения, балансиращи автономията на болниците и другите лечебни заведения, по отношение на финансирането и осигуряването на инвестиции придобиването на статут на защитени болници. Въвеждане на еднакви условия, отчетност и контрол за изразходване за публичните средства, независимо от формата на собственост.

12. Да се осигури възможност на болниците да се договарят самостоятелно и пряко с териториалните звена на НЗОК и участват при определянето на премии към цените на услугите в рамките на принципи и тавани, определени в клиничните пътеки и НРД. Да се предвиди участието на представители на бизнеса в управлението на държавните и общински здравни заведения, като се включат опитни специалисти и се преустановят политическите назначения.

13. Преразглеждане на лекарствената политика за ефективно използване на ресурса с акцент върху социално значимите заболявания и редки заболявания, изискващи скъпо алтернативно лечение.

14. Гарантиране на адекватно финансиране на всички дейности, които са конституционно задължение на държавата – спешна медицинска помощ, стационарна психиатрична помощ, медицински одит, инвестиционна политика в държавните и общински болници, трансплантации, СПИН, редки заболявания и др.

15. Финансирането на здравноосигурителната система се осигурява чрез здравноосигурителните вноски за сметка на работодателите и осигурените лица и

трансфери от Републиканския бюджет за лицата, за които държавата поема осигуряването, съответстващи на средния размер на вноските на здравно осигурените лица.

16. В съответствие с препоръките на СЗО, се запазва моделът на основен здравноосигурителен фонд (НЗОК), като се създават условия за реална конкуренция между изпълнителите при договаряне на финансирането на медицинската помощ и здравни услуги. На осигурените лица се гарантира основен здравен пакет и възможност за надграждане с различни по обхват и съдържание пакети от допълнителни здравноосигурителни и застрахователни услуги, предлагани от здравноосигурителни и застрахователни фондове. След осъществяване на набелязаните основни промени в действащия здравноосигурителен модел и в зависимост от резултатите от провеждането на последващ задълбочен анализ и широк обществен дебат, на по-късен етап и при доказана необходимост се създават икономически, организационни и финансови условия за поетапен преход и постепенна регулирана монополизация на финансирането от здравната каса.

17. При този модел НЗОК остава главен гарант с водеща роля в системата на здравното осигуряване. Допълнителното здравно осигуряване и застраховане се осъществява от здравни фондове чрез допълнителни пакети от здравни услуги, които не са обхванати в основния пакет. На тази основа следва се рамкира архитектурата на системата на здравеопазване през следващите 15-20 г., като се реформира упражнявания контрол, гарантира конкурентна пазарна среда за подобро качество на медицинското обслужване и допълнителни услуги. Прилагането на този модел се извършва поетапно, в зависимост от създадените нормативни, организационни, финансови и други условия, изграждането на ефективни системи за контрол и мониторинг на финансиращите институции, достъпност и качество на предоставените услуги.

18. Да се остойности основният пакет от здравни дейности, гарантиран от НЗОК на базата на актюерски разчети и класификация на основните групи пациенти и свързани потенциални разходи по примера на водещите ДЧ на ЕС. Да се осигури максимална прозрачност и достъпност до информацията за дейностите, финансирани от НЗОК.

19. Да се приемат спешно решения за здравнонеосигурените лица по цялата верига – идентифициране, регистриране, медицинско обслужване, източници на финансиране, териториалните звена на НАП, ГИТ и МЗ да се активизират за разкриване на причините и да реализират мерки за въздействие върху осигурители и самоосигуряващи се лица, които не правят или забавят внасянето на осигурителни вноски. Законодателни промени, осигуряващи ползване на права само срещу внесени вноски – принцип, който следва да е въведен и в ДОО. Разходите за обслужване на неосигурените лица да се поемат от държавата при ясни условия и ограничения.

20. Бърза и всеобхватна електронизация, която да обхване в обща система всички дейности в здравеопазването, независимо от тяхната ведомствена подчиненост и принципи на работа. Сключване на процесно обвързани договори - основен (master contract) и „модулни“ - за разработка и внедряване на цялостен проект за електронизация на здравеопазването „под ключ“ от основен изпълнител и подизпълнители на отделни модули с опит в изграждането на подобни системи.

21. Въвеждане на електронни услуги, вкл. електронна здравна карта, е-рецепта, е-направление, електронно досие, чието изпълнение се отлага неколкостранно при вече усвоено финансиране. Да се осигури пълна прозрачност и обществен мониторинг върху изпълнението на проекта и функционирането на отделните модули, като се представя периодична информация за неговото изпълнение и резултати в ресорната парламентарна комисия, НСТС, ИСС и други органи с обществено участие и представителство.

22. Анализ и оценка ефективността на органите на управление на здравеопазването, финансирани от бюджета на МЗ, изпълняващи задълженията по формиране и изпълнение на държавната политика, осигуряване на конституционните права на населението, управление на системата, държавния надзор и прилагане на поети международни

ангажименти. Преразглеждане на целесъобразността, функциите, структурата и персонала в централизираната администрация, регионалните звена, съществуващите агенции, експертни комисии, научни институти, информационни звена и др., според техния принос за повишаване на качеството на медицинската дейност и обслужването на населението.

23. Ясно нормативно разграничаване на функциите, правата, отговорностите и задълженията на МЗ и НЗОК, промени в статута, органите на управление и организацията на работа на здравноосигурителната система. Привеждане на управлението на НЗОК в съответствие с публичния характер на институцията, като се запази и развие принципът на солидарността. Осигуряване на реално трипартитно управление, отговарящо на реалния принос на основните страни във финансирането на системата, промени в статута, реалните правомощия и отговорности на УС и НС. Избор и подотчетност на Управителя и Подуправителя на НЗОК чрез публичен конкурс от НС.

24. Оптимизиране на структурата и персонала на НЗОК, най-малко с 50%, на основата на тотална електронизация на дейността, изграждане на интегрирана информационна система, поетапното разширено използване на база данни за събиране, систематизиране, обобщаване, анализ на информацията и подпомагане за вземането на управленски решения. Икономии от средства да се ползват преимуществено за електронизация на системата.

25. Промени в правата, задълженията и отговорностите на регионалните структури на основата на децентрализация на функции и обособяване на 6 (4) регионални звена, вместо съществуващите 27, които реално управляват дейността на осигурителната система и отговарят за обслужването на осигурените лица на съответната територия. Въвеждане на мандатност и назначаване на ръководителите на регионалните звена след публичен конкурс, провеждан от НС.

26. Прилагане на нова концепция за контролната дейност с акцент върху превенцията, прозрачност и участие на заинтересованите страни в контрола за целесъобразно разходване на средствата, тотална електронизация на здравната система, ревизирани стандарти за оценка на качеството и ефекта от оказаните медицински услуги, нови механизми за координация и контрол върху публичните средства за високоефективно и скъпо оборудване с цел осигуряване на адекватен и равен достъп на населението до квалифицирана медицинска помощ.

27. Изготвяне, обсъждане и приемане на спешни финансово осигурени мерки за стабилизиране и развитие на медицинските специалисти, вкл. приемане на дългосрочна национална програма за осигуряване на необходимите медицински кадри за следващите 10-15 г., обучение, мотивиране и осигуряване на необходимите лекари, специалисти и медицински сестри, особено в регионален разрез; подготовка и мотивация на здравни мениджъри, възможности и условия за лечебните заведения за самостоятелно финансиране и провеждане на кадрова политика; преразглеждане на съществуващите програми за обучение, правила за последващо обучение и финансиране; механизми за повишаване на мотивацията на медицинските кадри за специализация и продължаваща квалификация – заплащане, стипендии, придобиване на опит в чужбина, възможности за кредитирано образование и специализация с договорни задължения за работа в определен срок след обучението в съответното болнично заведение.

28. Принципни промени в организацията и заплащането на медицинския персонал и финансирането на лечебните заведения, ясна регламентация на ангажиментите и заплащането на лекари в държавни и общински болници, особено в общини с остър дефицит от медицински специалисти. Промени в модела на заплащане на общопрактикуващите лекари на основата на система от показатели за оценка на извършена дейност, качество на медицинското обслужване. Въвеждане на защитени съотношения между заплатите на санитарски и сестрински персонал и на новопостъпили лекари, частично финансиране от държавата в подкрепа на минимални стандарти на заплащане в

защитените лечебни заведения за формиране на устойчива и висока мотивация и ограничаване на кадровата криза.

29. Създаване на независима от държавата система за обективен рейтинг на лечебните заведения за предоставяне на реална оценка за качеството на обслужване и възможностите за лечение в отделните болници, клиники и отделения с участието на водещи експерти и представители на неправителствения сектор. Прилагане на критерии и ключови показатели за извършване на периодичен обективен анализ, оценка на резултатите от дейността, приноса за постигане на общата ефективност и качество на работа на здравната система. Внедряване на система за непрекъснат обществен мониторинг върху поведението и резултатите от дейността на системата.

30. Разработване, публично консултиране и приемане на пакет от мерки за подобряване на ефективността и ефикасността на използване на публичен ресурс за здравеопазване; приемане на дългосрочна бюджетна рамка за ежегоден ръст на публичните разходи като дял от БВП за достигане на средните равнища в ЕС до 2030 г.

18 септември 2019 г.

УС на БСК

УС на Сдружение на общинските болници в България

.....

Проект на решения:

1. УС на БСК и УС на Сдружението на общинските болници в България приемат Предложенията за промени в организацията, управлението и финансирането на здравеопазването и здравето осигуряване.
2. Дават мандат на техните ръководства за консултиране на изготвянето и приемането на обща позиция за реформи в здравеопазването на национално представителните организации на работодателите и на работниците и служителите, на основата на предложенията по т. 1.
3. На тази основа да бъдат инициирани следващи стъпки и провеждане на срещи с компетентните държавни органи, вкл. МЗ, ресорната парламентарна комисия, НСОРБ, парламентарно представените политически партии и други, за осигуряване на подкрепа и своевременно предприемане на необходимите законодателни и институционални промени.
4. Изразява обща подкрепа на предложението на Сдружението на общинските болници в България, отправено в ДЗ от д-р Радко Велков до УС на БСК, за изготвяне на действащ математически модел, понятийно и процедурно базиран на последната версия на Международната класификация на болестите МКБ-11 (ICD-11) на СЗО, с цел структурно и функционално моделиране на системата на здравеопазване и определяне чрез различни сценарийни анализи на очакваните резултати от предлаганите алтернативни решения.