

НЯКОИ АСПЕКТИ НА ИЗГРАЖДАНЕ НА КАПАЦИТЕТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ В УСЛОВИЯТА НА ЧЛЕНСТВО В ЕВРОПЕЙСКАТА ОБЩНОСТ

А. Кехайов

SOME ASPECTS OF THE CAPACITY BUILDING OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN BULGARIA AS A MEMBER OF THE EUROPEAN COMMUNITY

A. Kehayov

Резюме: В съвременните условия се налага необходимостта от една обща концепция, която да бъде подложена на широко обсъждане и по която да бъде постигнат консенсус от политическите сили. На тази основа следва да бъдат разработвани стратегиите на отделните правителства за постигане на поставените основни цели на концепцията. Един от съвременните комплексни подходи за развитие на дадена институция и в това число на здравеопазването е "изграждането на капацитет". Настоящата статия има за цел да разгледа приложението на някои елементи от този подход за развитие на здравеопазването у нас.

Summary: An overall conception and framework is strongly required by the present situation in the country. It should be widely discussed and a consensus among the political parties should be reached over it. Based on this approach, strategies for the different governments should be developed in order to reach the final goals of the conception. One of the contemporary complex approaches for the development of any institution, including the healthcare system is capacity building. The presented study aims at the implementation of some of these elements from this approach for the development of the healthcare in Bulgaria.

Присъединяването на Република България към Европейската общност може да се разглежда като процес от практически действия, които следва да бъдат осъществявани в определена последователност и да водят, както до по-пълно интегриране в общата система, така и до повишаване на нивото на медицинското обслужване на населението. Макар и практически по същество, тези действия следва да бъдат подчинявани на едно по-дългосрочно виждане, което да отговаря на следните основни въпроси:

- Какво искаме да постигнем?
- Кога да го постигнем?
- Как да го постигнем?
- С какви ресурси ще го постигнем?

1. Общи положения

Редица автори (Ст. Гладилов, Е. Делчева, Е. Маринова) определят изграждането на капацитета на дадена институция като системен подход на постоянно изучаване как да бъдат подобрени способността и капацитета на институцията, за да могат да бъдат използвани най-ефективно и най-пълноценно нейните човешки, материални и финансови ресурси за постигане на основните и цели.

Сам по себе си подходът "изграждане на капацитета" включва модулите:

- Институционално развитие;
- Развитие на човешките ресурси;
- Развитие на финансовите ресурси;
- Ефективни национални програми;

Фигура 1. Изграждане на капацитета на здравеопазването


Какво е направено по отделните модули, кои са проблемите и какво предстои?

2. Модул "Институционално развитие"

По този модул в процеса на реформата бяха разработени и формулирани: мисията на здравеопазването /и на отделното лечебно заведение/; правната основа на здравеопазването, която включва Конституцията на Република България и системата от закони и под законови нормативни актове, които регулират правно дейността на системата. Мисията и правната основа на здравеопазването формират т.н. корпоративна идентичност на системата, което означава, че всяка една единица от системата /ОПЛ, ДКЦ, болница, аптека/ с техните позитивни или негативни изяви задължително се свързва с цялата система "здравеопазване".

Провежданото от 1999г. насам съкращение на общия брой и осигуреността с болнични легла в изпълнение на реформата до-

веде до почти 50% съкращение на леглата. По данни на ГИИЦ при МЗ на 01.01.2006г. броят на болничните легла у нас е бил 45537 при осигуреност 59 на 10000 население при средно за Европа – 51,2.

Посочените данни показват, че:

- Осигуреността с болнични легла е на нивото на средното за Обединена Европа;
- Страни близки до България по население и територия имат значително по-висока осигуреност с легла от България;
- Средният престой на 1 пациент на болнично легло е по-голям от този в развитите страни в Обединена Европа;
- Нивото на заболяемост и смъртност у нас е значително по високо от аналогичните показатели за посочените развити страни от Обединена Европа.

Тези данни показват, че по-нататъшно снижение на броя на болничните легла у нас е неуместно и даже вредно. Необходимо е реструктуриране на легловия фонд като се увеличат леглата за долекуване за сметка

на леглата за активно лечение. Необходимо е също да се оптимизира съотношението public/private mix. Процесът на приватизация на стационарните заведения следва да се освободи от мораториум с отчитане на социално-медицинските функции на държавите и общинските болници. В основата следва да стои националната здравна карта.

Останалите процеси на приватизация следва да протичат като:

- приватизация на дейност;
- мениджърски договор за управление;
- приватизация на собственост.

Не считам, че е редно с продажби на дворове, сгради и паркови съоръжения да бъдат изплащани дългове на здравните заведения, защото по този начин лечебните заведения се декапитализират. И това ограничава възможностите за тяхното бъдещо развитие.

3. Модул "Развитие на човешките ресурси"

Анализът на данните от националната статистика показват, че през последните 15 години числеността на персонала в здравеопазването е намалял с около 80000 души. Причините за това значително намаление на числеността на персонала са следните:

Обстоятелството, че основните елементи на капацитета на здравеопазването /болнични легла, лекари, стоматолози, фармацевти, медицински сестри, акушерки и други/ през етапа на централното планиране се съобразяваха с разчетите за потребност на населението от медицинска помощ доведе до висока осигуреност с болнични легла и медицински персонал. Това наложи в процеса на реформата от 1998г. насам да се пристъпи към значително редуциране на броя на болничните легла както и към кореспондиращото с това намаление на щата на персонала в здравеопазването.

Ниските цени на клиничните пътеки е друга важна причина за намаляване на числеността на персонала в здравеопазването. Обстоятелството, че клиничните пътеки покриват до 60-70% от реалната стойност на лечението и че 40% от цената на клиничните пътеки може да бъде използвана за заплащане на труда на персонала води до редица дейности съкращаващи броя на щатния състав на здравното заведение: наемане на фирма за охрана, почистване, изпиране, кетъринг и други обслужващи дейности. Това води до съкращения в персонала като 40% от сумата

от цените на клиничните пътеки се разпределят между по малък брой наличен персонал. В редица случаи се налага и съкращения на медицински персонал. Това води до нарушаване на съотношението лекари/сестри и рязко влошава обгрижването на пациентите. Повсеместно не се изпълнява постановката за двустепенно медицинско обслужване на пациента от лекар и медицинска сестра. Особено актуален този проблем е в отделения където естеството на лечение налага пациентът по продължително време да бъде имобилизиран и прикован към болничното легло.

4. Модул "Развитие на финансовите ресурси"

Отчетите на Националния статистически институт за 2006г. показват достигнато ниво на БВП - 49090,6 мил. лева, което отнесе-но към човек от населението възлиза както следва:

- 6376,2 лева;
- 4088,4 щатски долара;
- 3260,1 евро.

Реалният ръст на БВП спрямо 2005г. е 6,1%. Разчетените по тази икономическа основа разходи за здравеопазването през 2007г. възлизат на 2216 мил. лева. Това прави около 4,4% от очаквания БВП на страната за 2007г. На човек от населението тези разходи възлизат както следва:

- 244 лева
- 189 щатски долара
- 125 евро

Макар и увеличена с около 200 мил. лева спрямо 2006г. тази сума обрича здравеопазването на хронично недофинансиране и през 2007г. Наши прогнозни разчети показват необходимостта от постепенно завишаване разходите за здравеопазване през 2020г до около 800 щатски долара на глава от населението. Това би осигурило догонващо развитие на българското здравеопазване спрямо здравеопазването на останалите страни-членки на Европейския съюз.

5. Модул "Ефективни национални програми"

Чрез осъществяването на национални програми в областта на здравеопазването държавата е в състояние да провежда ефективно своята политика насочена към важни за етапа здравни приоритети за осъществя-

ването. Тези програми следва основно да се разработват в националните здравни центрове, да се одобряват от правителството и да се финансират основно със средства от държавния бюджет.

Като такива приоритети в настоящия етап могат да бъдат формулирани:

- борбата с хипертонията
- трансплантация на органи и тъкани
- здравето на децата и подрастващите
- подобряване на здравния статус и здравната култура на ромското население.

В изпълнение на отделни инициативи на СЗО или Европейската общност могат да се приемат за изпълнение и регионални програми с международно значение. Много ефективни в това отношение са националните инициативи от типа на "Българската Коледа", които могат да визират помощ за лечение на деца в чужбина, оздравяване на населените места, борба с алкохолизма, наркоманията и други.

* * *

Изграждането на капацитета на Българското здравеопазване в условията на членството в Европейската общност е задача сложна, многоаспектна и скъпа за възможностите на българс-

кото общество. То трябва да бъде продукт не само на усилията на медиците, а на активно участие на всички отрасли от националната ни икономика.

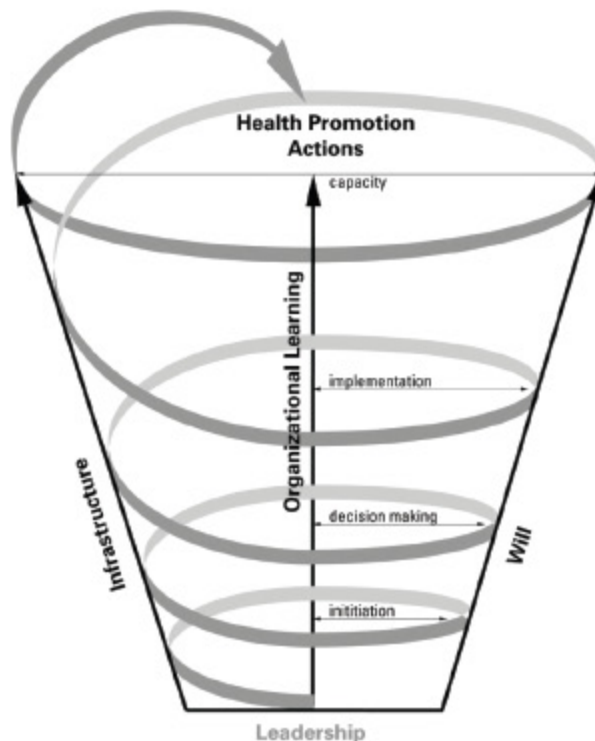
Политиците в здравеопазването, обаче, следва да разработят подходящия за етапа ефективен стратегически инструментариум за постигане на целта.

Използвана литература:

1. Борисов.В., Ц.Воденичаров, Реалности в здравната реформа, С, Филвест, 2000, 36с.
2. Воденичаров.Ц., Ст.Гладилов, К.Чамов, Д.Кръшков, М.Дякова, Стратегически подходи за усъвършенстване финансирането на българското здравеопазване в условията на реформата, С, Медицинска наука, 1, 28-30
3. Воденичаров.Ц., Седемте разлики между медика и мениджъра, 2004, София
4. Гладилов.Ст., Е.Делчева, Икономика на здравеопазването, С.Princeps 2003, 399.
5. Маринова.Е., Маркетинг V изд. С.Princeps 2002, 416с.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Андрей Кехайов
Председател на Български Лекарски Съюз
Бул. „Акад. И. Гешов“ 15, ет. 2



Source: Smith et al (2001)