

**КРИТИКА И ПРЕПОРЪКИ КЪМ ПРИОРИТЕТИТЕ НА  
НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2014 – 2020 Г.**

**МЕЖДИНЕН ДОКЛАД С АНАЛИЗ И  
ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ВЪЗДЕЙСТВИЕ**



*В доклада се анализира Националната здравна стратегия за 2014-2020. При изготвянето му, безпристрастно и с респект към фактите, са взети всички мерки за осигуряване на обективна и точна информация, а данните, анализите и мненията са базирани на посочените източници по начина и обхвата, изложен в доклада. Анализът и прогнозата не изразяват политически пристрастия; не дават аргументи за ползата или за вредата от нея.*

*Авторите не носят отговорност за информация и материали, изхождащи от други източници и не носят пряка или косвена отговорност за неточно, непълно и превратно използване на информацията, представена в доклада. Без тяхното изрично писмено съгласие съдържанието на доклада не може да бъде променяно, преработвано, приспособявано, допълвано или от него да се изработват производни материали; не може да се цитира, освен за изследователски и учебни цели - докладът не е част от публичния, а от академичния дебат. За нанесените вреди се носи съответна имуществена отговорност.*



## ВЪВЕДЕНИЕ

Странният и еkleктичен характер на Националната здравна стратегия 2014-2020 г. не позволява задълбочен критичен прочит от вида „анализ-оценка-препоръки“. Причините са следните: В рамките на над 80 страници са нахвърляни всякакви теми, мерки, обяснения и декларации, които нямат логическа свързаност помежду си, не преследват конкретно дефинирани цели и не дават ясна представа какъв точно е очаквания резултат. Поради това, върху всеки параграф от резюмето на Стратегията ще бъде направен кратък коментар, за да се маркират впечатленията и критиките, които съответния текст предизвиква. В края на коментара ще бъдат изведени препоръките, които анализът на настоящият здравно-демографски статус на населението в България налага, за да бъдат незабавно адресирани и подредени съобразно неотложността на приоритетите. Към дългосрочните цели на Стратегията, настоящият документ не взема отношение, защото те са функция на изпълнението на приоритетите и развитието, което това изпълнение би позволило.

### **I. КРИТИКАТА**

#### **1. Основната позиция на съставителите**

„Основополагаща позиция на Националната здравна стратегия 2014 – 2020 г., е разбирането, че сложните и преплетени проблеми на здравето, които са винаги многофакторно обусловени, наложително изискват ясна представа за подходите и времевите параметри за тяхното решаване. Това е още по необходимо като се има предвид, че в случая се отнася до проблеми, които са от жизнено значение за нацията и, че забавеното им решаване подкопава биологичните устои на българския народ.“

Така наречените сложни и преплетени проблеми на здравето не са конкретно дефинирани в стратегията, не са изведени от факти, базирани на доказателства и, поради тази причина, не могат да бъдат квалифицирани като достатъчно достоверни, и подходящо приоритизирани. Основната позиция на съставителите е силно уязвима.

„Политическият контекст на петте здравно-политически цели включва не само вътрешни, но и международни фактори. Периодът, в който ще се реализират целите, се характеризира с потребността от по-ускорено приобщаване на нашето здравеопазване към здравеопазната ценностна система на Европейския съюз.“

Европейският съюз няма формулирана „здравеопазна ценностна система“, което отново прави неопределени изходните позиции на Националната стратегия.

#### **2. Приоритетните области на стратегията**

2.1 Гарантиране на всеки български гражданин на надеждна система на здравно осигуряване, достъп до качествена медицинска помощ и здравно обслужване.

Така формулираната приоритетна област е едновременно системна сигурност и деклариран достъп, а това не са здравни цели. Целите са на здравната система и не са по отношение на достъпа, а на това, което системата, заедно с достъпа, гарантират на гражданите.

Когато първи приоритет не е здравното състояние на населението, има опасност настройките на системата да бъдат направени произволно, съобразно други интереси, например на „системата“, на нейната администрация, на нейния персонал и пр., и без обвързване със здравния статус и здравните потребности. Такъв подход на целепологане ще създаде повече проблеми, отколкото ползи, дори и да налучка някои правилни ходове. Затова първата област подрежда неправилно приоритетите.

2.2 Въвеждане на единна интегрирана информационна система чрез развитие на електронното здравеопазване с цел пълна прозрачност и ефективно използване на наличните ресурси.

Информационна система и електронно здравеопазване са различни неща, а терминологичната „грешка“ и „смесване“ на понятията показва, че Стратегията не разграничава смисъла им. Информационни системи в здравеопазването има и в момента, автоматизирането и свързването им спестява време, но не гарантира ефективен контрол върху използваните ресурси. Това, което липсва към момента в управлението на здравната система, е умението да се интегрира, анализира и управлява информация; това е отсъстващото днес специализирано поведение. Констатацията е, че няма предвидени мерки за привличане на системни информационни администратори/интегратори, не е предвидено и необходимото обучение в тази посока. Затова приоритетна област 2 остава неопределена.

2.3 Рационализиране на системите за финансово управление и контрол в здравеопазването.

„Рационализирането на системите за финансово управление“ е евфемизъм, който трябва да замести дълбоко вкоренените практики на злоупотреба с финансови средства в здравеопазването, създадени посредством напълно неадекватни законови норми. Предвидените мерки в приоритетната област се отнасят предимно за НЗОК, но са със съмнителна стойност. Почти е невъзможно да бъдат приложени. Например, обявеното намерение за въвеждане на Диагностично свързани групи (ДСГ) показва, че тази система за отчитане и заплащане на болничната дейност не е добре позната като възможности и предназначение. Особено фрапиращо е недоразумението при комбинирането ѝ с Глобални бюджети. Тези две финансови техники са противоположни и взаимоизключващи се по характера на въздействието си. При опит да бъдат приложени заедно, със сигурност ще създадат нови тежки проблеми, без да решат натрупаните стари.

2.4 Укрепване и модернизиране на системата за спешна медицинска помощ (СМП).

Това е една от най-важните в момента цели, поради огромното количество неосигурени български граждани (над 850 000 живущи на територията на страната), за които СМП е единственият достъп до здравеопазване. За всичките 7.2 млн. души това е животоспасяваща и животоподдържаща система в критични моменти на болестни епизоди. Поради високата обща смъртност (15‰) и голямата смъртност в сравнение с Европа от остри сърдечно-съдови и мозъчно-съдови инциденти, системата за СМП се явява спасителна не само при лични здравни драми, но и ефективен системен инструмент/фактор за корекции в демографската картина и перспективи пред България.

В същото време СМП се явява и палиатив на нужното болнично здравеопазване и специализираната амбулаторна медицинска помощ, тъй като не може да компенсира достъпа до тях, а още по-малко – да ги замести. Използването на СМП вместо амбулаторното и болничното здравеопазване, финансирани от НЗОК, ерозира силно солидарните стимули на здравното осигуряване и гарантираните от него придобивки. В този смисъл, предвидените мерки за укрепване и модернизиране на СМП са правилни, но недостатъчни и неподкрепени с паралелни интервенции върху здравното осигуряване.

2.5 Регионална политика със специално внимание върху подкрепата на лечебните заведения в отдалечените и малки региони на страната.

Това е необходим приоритет, който остава само декларативна заявка, неподкрепена от анализ на разпада на здравната система в отдалечените райони. Не съдържа конкретни мерки за решение на проблемите.

2.6 Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване.

Отново декларативна заявка, недобре разгърната в текста на стратегията. Понятията са стари (от съветската система за здравеопазване) и нямат конкретно съдържание в настоящето. Училищно здравеопазване като система отдавна не съществува. Всички опити за възстановяването му през последните 12 години са епизодични и неуспешни. На практика остават неефективни и неефикасни.

2.7 Устойчиво развитие на човешките ресурси с акцент специализацията на медицинските кадри и продължителното обучение.

От тази високоприоритетна област зависи в много голяма степен качеството на медицинската помощ. Приоритетът не е защитен. Текстовете в стратегията са лишени от конкретност. Имат характер по-скоро на пожелания, отколкото на убедителни решения.

2.8 Преориентиране на здравната система към профилактиката и предотвратяването на социално-значимите заболявания.

Това е единственият приоритет, в който са поставени числови измерители за заявените здравно-политически намерения, но няма развити механизми за реализацията им.

### 3. Обобщени оценки

Целите и мерките, както и очакваните резултати, каквито все пак има описани в Стратегията, не са разположени логично и последователно под всяка приоритетна област.

Подредбата на самите приоритети, макар и с номера, е хаотична по смисъл и актуалност. Конкретните политики, чрез които би следвало да се реализират целите, не кореспондират с приоритетните области, което прави структурата на документа разхвърляна и еklekтична. Голяма част от изходните констатации, предлаганите мерки и очакваните резултати, са необвързани.

*Положителният принос* на стратегията е опитът да се разпростре и върху голяма част от проблемите на здравеопазването извън очертаните приоритетни области.

## II. ПРЕПОРЪКИ

Ориентираме основните препоръки спрямо рисковете и проблемите, които настоящият здравно-демографски статус на населението в България изисква да бъдат незабавно адресирани и подредени съобразно неотложността на приоритетите:

### 1. Увеличена заболяемост и болестност

Специално внимание следва да се обърне на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения, които нараства близо два пъти за последните 12 години – както общо, така и по възрастови групи. През 2012 г. са хоспитализирани 2 040 666 случая (27 236.6‰), най-висока е хоспитализацията на лицата на възраст над 65 години (47 969.2‰), което е всеки втори от тази група. Следва групата на децата от 0 до 17 години (25 373.1‰) и най-ниска е при възрастовата група 18 – 64 г. (22 704.8‰), която е над 2 пъти по-ниска от тази сред лицата на възраст над 65 години. Сред причините за хоспитализация по класове болести водещи са болестите на органите на кръвообращението (14.4%), болестите на дихателната система (10.6%) и болестите на храносмилателната система (8.9%), които обуславят общо 34% от хоспитализациите. Като се има предвид, че над 50% от разходите на НЗОК са за болнично здравеопазване, този ръст от 200% на хоспитализациите предполага скорошен срив на болничната помощ в страната. Това налага да се вземат спешни и конкретни мерки за реструктуриране на сектора, съобразно описаните здравни и демографски характеристики на населението;

В пряка връзка със справянето със заболяемостта и болестността е ефективното планиране на човешките ресурси в здравеопазването, което да обвърже броя на обучаваните и специализиращите медицински специалисти с информацията за текущото състояние на здравните потребности на населението. Данните от регистрите на Българския лекарски съюз и Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи показват съотношение на лекари към медицински специалисти 1:1.45 при средно 1:3 като стандартна необходимост за качествено лечение и здравни грижи. Образователната ни система трябва да отговори адекватно на този дисбаланс. Властите следва да разработят и инвестират в механизми за постигане на оптимално кадрово обезпечаване по специалности. През последните 12 години се наблюдава и усилен процес на емиграция на медицински кадри, което вече е изправило здравната система пред невъзможност да осигури нормален достъп до здравеопазване, особено в районите, където няма действащи медицински университети.

## 2. Относно високата смъртност

Запазването на водеща смъртност от болестите на органите на кръвообращението (65.6%) и новообразуванията (16.7%) показва спешната необходимост от целеви инвестиции в националното здравеопазване за създаване на допълнителна лечебна инфраструктура в тези две направления на медицината – допълнително обезпечаване с диагностична и лечебна апаратура, обучение и специализация на кадри.

Тъй като в структурата на умираанията от болести на органите на кръвообращението с най-висок дял са представени сърдечната недостатъчност (30.4%), мозъчно-съдовата болест (25.9%) и исхемичната болест на сърцето (19.3%), освен инфраструктурните и кадрови мерки в лечебния сектор, жизнено необходимо е и специално укрепване на Спешната медицинска помощ, чието значение за бързо и адекватно реагиране при съдови инциденти е животоспасяващо. Изключително необходимо е да бъдат планирани и кампании за здравословен начин на живот, ниско рисково поведение, физическа активност и рационално хранене.

Поради факта, че в структурата на умираанията при злокачествените новообразувания водещи са заболяванията на бронхите и белия дроб (19.76%), следвани от тези на дебелото черво (9.41%), млечната жлеза при жените (7.72%), стомаха (7.09%), панкреаса (5.84%) и на простатата (5.16%) – общо 54.98%, следва да се инвестира в укрепване на капацитета и повишаване на качеството на ранната диагностика и лечение на новообразуванията. Специално внимание следва да се обърне на детската смъртност, която у нас е два пъти по-висока (7.8‰) в сравнение със средноевропейската, въпреки положителната тенденция за намаляване на нивото ѝ в периода 2000 – 2012 г. Това ще рефлектира върху инвестиционните разходи за неонатологични, родилни и педиатрични отделения/клиники и амбулаторни структури. Квалификацията на персонала е от изключително значение, което изисква съответното планиране и финансиране на следдипломната квалификация в тази област.

## 3. Намаляването на населението

Намаляването на населението с около 1.5 млн. души, считано от 1990 г. до 2012 г., предполага намаляване на контингента от подлежащи на здравно обслужване лица, което би следвало да се отрази върху публичните и частни разходи за финансиране на здравната система. Броят на лечебните заведения, лекарите, специалистите по здравни грижи и друг персонал, зает в системата, следва да бъде съответно намален, съобразно броя на намалялото население по места и реструктуриран съобразно променения възрастов профил, заболяемост и болестност на лицата.

Реструктурирането по местоживееене – вътрешна миграция и концентрация на населението в градовете (73% от населението), следва да се отрази и в плътността на здравната инфраструктура/кадри в полза на градовете, без да се оголва достъпът до здравеопазване във все по-слабо населените селски райони (27% от населението).

Емиграцията на значителна част от работоспособните българи (около 2 млн. души) и броят на неосигуряваните се лица в България (около 850 хил. души) нарушават солидарния и справедлив характер на здравноосигурителната система. Това създава рискове от прекомерни и непланирани разходи на здравеопазването в страната с оглед на факта, че тези, които живеят постоянно над 6 м. в чужбина, нямат задължения, съответно принос за здравното осигуряване, но същевременно, връщайки се в България, само срещу 36 здравни вноски могат да ползват здравна помощ с много по-висока стойност от тази на заплатените вноски.

Голямото количество неосигурени лица, постоянно живеещи в България, представляват постоянна и мащабна заплаха на първо място за собственото си здраве, но също и за финансовата стабилност на здравната система. Основание за този извод дава средният размер на здравната вноска за едно лице – около 33 лв. на месец или общо за всички неосигурени лица, живеещи на територията на РБ, около 340 – 350 млн. лв. годишно, което представлява средно 15% от здравноосигурителните плащания на НЗОК.

#### **4. Спадът на раждаемостта**

Броят на абортите и мъртворажданията в страната са почти два пъти по-високи от средноевропейските, което предполага сериозно увеличение на планираните разходи за информационни кампании, образователни инициативи, програми за семейно планиране, здравна промоция и др.

#### **5. Увеличаването на средната продължителност на живота (СПЖ), съпътствана със застаряване на населението**

През 2010 – 2012 г. СПЖ в България е 74.02 години, като запазва тенденция на повишаване от 1999 г. насам, когато е пречупен негативният тренд, но същевременно е с около 6 години по-ниска от тази в Европейския съюз (79.86 години). През 1993 – 1995 г. СПЖ в България е 70.6 години, което показва, че само за 10 години СПЖ се е увеличила с около 4 години. Ако този темп на увеличение се запази, разходите за здравеопазване чувствително ще се увеличат защото възрастните хора значително по-често търсят амбулаторни и болнични грижи, предимно за хронични и множество съпътстващи заболявания.

През 2012 г. разпределението на населението по възрастови групи показва, че лицата от 0 до 17 години са 1 177 786 (16.2%), на възраст от 18 до 64 години – 4 709 177 (64.7%), а над 65 години – 1 395 078 (19.1%) т.е. наблюдава се нарастване на населението над 65 години, за сметка на останалите възрасти. По данни на СБ, здравеопазването за хората над 65 години изисква до 3 пъти повече финансови средства, в сравнение с тези, които са в работоспособна възраст, и около 2 пъти повече в сравнение с възрастовия диапазон от 0 до 19 години. Това специфично реструктуриране в посока към потребяващо здравни услуги население в неработоспособна възраст, ще постави на изпитание много хора, които ще се окажат в реална опасност да изпаднат в бедност, поради направени разходи за здраве.

Бързото застаряване на населението (СПЖ се е увеличила с 4 години от 1993 – 1995 г. до 2012 г.) изисква цялостна подготовка на здравната система за работа в нови условия при изменена структура на заболяванията и необходимост от продължителна или даже постоянна грижа за хора с ниска възможност за възстановяване на здравето/работоспособността. Това означава промислени мерки за здравна реформа, от която ще зависи не само здравето, но и работоспособността на хората, съответно конкурентността и ефективността на икономиката и качеството на живот в страната. Със сигурност следва да се планира и ръст в средствата за финансиране на лечебното здравеопазване – увеличение на здравната вноска, както и повишаване на дела от държавния бюджет за финансиране на общественото здравеопазване.

При структура на финансиране за здравеопазването в съотношение на публичните спрямо частните разходи приблизително 55% към 45%, се очертава неблагоприятна тенденция хората с ниски доходи, каквито са възрастните пенсионери, да загубят достъп до здравна

помощ, поради финансови затруднения или да изпаднат в бедност, поради направени разходи за здраве. Това налага преразглеждане на механизмите за осигуряване на солидарност в системата, както и за създаване на инструментариум за подобряване на събираемостта на здравните вноски и намаляване на броя на неосигурените лица (около 850 000 за 2012 г. живущи постоянно в България).

#### **6. Укрепване и развитие на общественото здравеопазване и трудовата медицина**

Общественото здравеопазване и трудовата медицина също трябва да намерят своето място в неотложните мерки като самостоятелен приоритет, въпреки че ефектите от тяхното укрепване и развитие дават по-незбележими на пръв поглед резултати. Времето, необходимо за отчитане на напредъка в тези две области, е значително повече, отколкото в лечебното здравеопазване, но невключването им като приоритет за един шестгодишен период е стратегическа грешка, от която могат да произтекат много сериозни проблеми в качеството на живота за отделните хора, за обществото като цяло и не на последно място – за икономиката и конкурентоспособността на България в ЕС и в глобализиращия се свят.

#### **7. Системни и структурни мерки за планиране и приложение на реформи в здравеопазването**

Това е изключително важна част от всяка една Стратегия, която в най-добрия случай може да се квалифицира като отсъстваща, а в най-лошия като непонятна за съставителите на разглеждания документ. Методологията при конструирането на Стратегията също не се отличава с яснота и последователност, които да гарантират разбиране на проблематиката, а не само нахвърляне на констатации и пожелания. Препоръчваме преките последици от прилагането на здравни политики да бъдат проектирани на първо място върху параметрите на индивидуалното и общественото здраве, след което да бъдат обосновани и планирани интервенциите върху здравната система, които ще доведат до постигане на здравно-политическите цели. В този смисъл е необходимо да се преработи основният смисъл, съдържанието и цялостната структура на Стратегията. Рационално и логически издържано би било след всеки приоритет да бъдат посочени здравните политики, които ще доведат до постигане на целите, а в обобщение да се изведат и мерките за една интегрирана реформа, която ще подготви здравната система за постигане на желаните здравни индикатори. Такъв цялостен план за реформа и развитие на здравеопазването трябва да адресира не само постигането на специфичните здравни цели, но и всички технически мерки, които ще отстранят или поне редуцират неефективността, неефикасността, структурните и финансови дисбаланси в здравната система. Тези мерки могат в най-общ план да бъдат маркирани както следва: организационни, финансови, икономически, управленски, информационни, технологични, кадрови, квалификационни, инвестиционни, структурни, нормативни, договорни.

### **III. ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Основните недостатъци на Националната здравна стратегия 2014 – 2020 г. са:

- Честите смени на здравните стратегии, които ги компрометират като дългосрочен и най-важен инструмент на държавната политика;
- Отсъстват диагнозата и анализа на рисковете за здравното състояние на българските граждани;
- Вместо холистичен подход са налице силни колебания относно архитектурата на системата на здравеопазването и решения „на парче“;
- Липсва приемственост на управленските въздействия върху критичните проблеми на здравеопазването, няма последователно и систематично управление на сектора;
- Отсъства еволюционен итеративен процес на подобрения на управлението на системата, заместен е от импровизации и чести дълбоки колебания в принципите и целите на здравната политика.



**Отчитаме като положително усилието за съставяне и стартиране на целенасочени мерки за подобряване на здравеопазването в България.**

---

**ЗАБЕЛЕЖКА:** Всички данни цитирани в настоящият коментар са валидни за 2012 г. и са взети от официални, публични източници на информация, както следва:

1. Национален статистически институт;
2. Национален център по общественото здраве и анализи;
3. Регистри на БЛС и БАПЗГ;
4. Закон за бюджета на НЗОК за 2013 г.;
5. Министерство на здравеопазването.