

There are no translations available.

Десет години след началото на т.нар. здравна реформа в България проблемите в сектора вече са очевидни за всички. Голяма част от тези проблеми бяха прогнозирани и посочени доста точно при самото започване на реформата през 2000-та година, но бяха директно пренебрегнати от политиците или действията по преодоляването им се заключаваха единствено в аварийното „гасене на пожари“. За всички вече е очевидно, че основна причина и двигател за настоящата промяна в организацията, структурата и функционирането на системата за публични здравни услуги е недостига на пари. Тъй като основни потребители на здравни услуги винаги са хората с хронични и множествени заболявания, от които не може да се очаква някаква значима бъдеща възвръщаемост на средства в икономически и финансов аспект, системата за публични здравни услуги, разглеждана на ниво общество, винаги ще бъде на загуба. Тя винаги ще изисква значим разход на средства от обществото като цяло. Проблемът става още по-сериозен с изразената тенденция към застаряване на населението в България, с емиграцията, извела от страната много млади и работоспособни хора, както и с „подмладяването“ на редица болести, водещи до намалена работоспособност и/или инвалидизиране на все повече хора в по-ранна възраст. И докато често финансовите проблеми се представят само като резултат на големите разходи в системата, то създаването на приход на средства често се пренебрегва или дискретно не се споменава от политиците и здравната администрация, тъй като приходите са в пряка зависимост от общото състояние на икономиката и данъчната култура на обществото, а политическата класа носи основна отговорност за състоянието и на двете. При недостиг на пари закриването на едно лечебно заведение в малка община е местен проблем, касаещ пряко само работещите в лечебното заведение, обикновено около стотина души персонал, и няколко хиляди потенциални пациенти. Доста по-трудно е да се предприемат мерки за увеличаване на приходите. Това обикновено е свързано с отнемане на средства от хората чрез различни данъци, осигуровки, мита, акцизи, такси и т.н., и тяхното последващо преразпределение през бюджета на държавата, и от тук с логичното намаление на популярността на управляващите политици, понякога дори с активна съпротива от хората чрез различни форми на протест. Или с други думи, ако бъдат предприети мерки за събиране на здравните осигуровки (макар че в България това вземане има по скоро финансова характеристика на данък, отколкото на осигуровка) от хората, които не се осигуряват или се осигуряват върху занижени спрямо реалните им доходи суми, това ще породви сериозни политически проблеми за управляващите, поради немалкия брой такива неосигуряващи се лица (според публикации в пресата между 500 000 и 1 500 000). Доста по-лесно е да се оставят без работа сто души, отколкото да се вземат пари от един милион неосигурени. Един милион души е електорат. Един милион души могат да свалят правителство. И управляващите тихо и кротко подминават този проблем. Никой не изисква тези хора да се осигуряват. Вместо това отново се тръгва в посока „лекарят е длъжен“ и „вижте колко пари им даваме“. Първата теза е любима на всички управляващи от десетилетия и с охота се подхвана и от това правителство. Въпреки, че както всеки човек и лекарят е длъжен единствено и само да изпълнява висококачествено и добросъвестно своите задължения, според политическата класа лекарят е длъжен например да поема

отговорност за здравето на пациента дори когато самият пациент не поема никаква отговорност за това. Според политическата класа лекарят също така е длъжен да лекува, т.е. да предоставя своите знания и умения безплатно, винаги, навсякъде и на всеки, независимо от това какви разходи на труд, време и пари е направил, за да ги придобие. А за да бъде абсурдът още по-голям, дори ако лекарят добронамерено и съвестно реши да практикува своята професия и да бъде от полза за пациентите си, той бива ограничаван във всеки негов опит за адекватно професионално поведение чрез всевъзможни лимити, ограничения и организационни спънки. По принцип лекарят носи отговорност за коректното диагностициране и лекуване на пациента си.

---

В този аспект лекарят трябва да бъде свободен да изисква диагностични тестове и процедури, които биха били най-адекватни при конкретния здравен проблем на пациента, и да назначава лечение, което, според него, би било най-ефективно. Само тогава, при наличие на такава свобода, лекарят може да носи отговорност за действията си, за това какво е назначил като изследвания и какво е приложил като лечение. Да се носи отговорност от лекаря за диагностика, когато има лимит за изследвания, когато има административни пречки при изискване на специализирани изследвания, да се носи отговорност за лечение, когато възможността за лечение е сведена до евтини медикаменти от генерични производители /това са компании, които произвеждат даден медикамент, след като е изтекъл десетгодишния период на монопол на фирмата-създател на медикамента/ и по този начин пациентите се лишават от новите и съвременни медикаменти, е тежка логическа грешка в конструкцията на цялата система, поставяща лекаря в зависимо положение не от неговите знания и умения, а от нормативни безсмислия и административен произвол. Това прави лекарят несвободен в практикуването на своята професия, в която той трябва да се съобразява не със здравословното състояние на пациента, а с административни и финансови ограничения, като в същото време носи абсолютната отговорност за произтичащата от тези ограничения невъзможност за своевременно диагностициране и за адекватно лечение и от там за евентуално настъпили неблагоприятни последствия за здравето на пациента.. Този абсурд намира израз както в доболничната помощ, където лимитите и ограниченията вече са всеизвестни, така и в болничната помощ. В неясно как определената цена на клиничните пътеки липсва каквато и да било структура. Не се знае каква част от тази цена е за труда на лекарите и специалистите по здравни грижи, каква част е за медикаменти, консумативи, амортизация на медицинска техника и т.н. и каква част за т.нар. „хотелски“ разходи – храна, електричество, вода и т.н. Ако даден пациент по време на престоя си в болница получи съвременна високоефективна помощ, то той трябва бъде диагностициран и лекуван със съвременни уреди, апарати и медикаменти, респективно от лекари с висока квалификация, владеещи тези съвременни методи за диагностика и лечение. При тази ситуация обаче сумата по клиничната пътека ще бъде изразходвана за поддържането на скъпоструващата диагностична и терапевтична техника и за изразходваните медикаменти. Така за персоналетът ще остане незначителна или никаква част от тази сума, т.е. колкото по-добре си е свършил работата един лекар, толкова по-малко пари ще получава, тъй като тези пари са изразходвани изцяло за лечението на пациента. Въпреки тези „странни“ решения в конструкцията на сектора на публичните здравни услуги политическата класа продължава с пропагандирането на тезата „вижте колко пари им

даваме“. Закриването на болници е сериозно сътресение в структурата на сектора, и в опит за ограничаването на очевидните негативи от това решение беше лансирана тезата за спешните кабинети, в които дежурните лекари ще получават значителната сума от сто лева за дванадесетчасово дежурство. Разбира се, за възрастния човек, оставен със сто лева месечна пенсия, тази сума изглежда огромна. Обаче... Можем да отворим който и да е вестник за безплатни обяви и да направим сравнение със сумите за частни уроци например. Тези суми са средно от 10 до 20 лева за учебен час т.е. за ок. 45 минути. Или излиза, че един преподавател по литература например, без да носи никаква отговорност за това дали ще научите нещо или не, при средна цена 15 лв/час би получил 240 лв за дванадесет часа. Дали сега сумата от сто лева изглежда толкова голяма? Или отново се разчита на лекари в пенсионна възраст, които биха си докарали някой и друг лев към неголемите си пенсии? И ако това е само частен случай, детайл в общата картина, то подмяната на болничната помощ със спешни кабинети и „подсилени“ структури на Спешна медицинска помощ има редица сериозни и твърде негативни последствия. На първо място това е сериозния деморализиращ ефект върху хората по отношение на финансовата и здравната им отговорност към собственото им здраве. Ако след десет години „реформа“ има някакъв положителен ефект, то той се състои в това, че цялото ни общество разбра и проумя факта, че здравните услуги струват пари, и то много пари. Ясно е, че в системата на публичните здравни услуги съществува тежко недофинансиране по официалния, регламентиран в законодателството път.

---

Събирането на здравните осигуровки се свежда почти изцяло до хората, работещи в публични институции, администрация и някое и друго голямо предприятие под особен данъчен надзор. Всъщност хората, плащащи реални здравни осигуровки, са малцинство. Ако обаче един човек си плаща коректно дължимата осигуровка, то следователно той разчита на публичното здравеопазване. От друга страна неплащащият осигуровки вероятно си е направил сметка как точно ще поеме евентуалните си разходи в случай на заболяване - дали чрез плащане в брой, застраховка или по друг начин. Но идва моментът, в който държавата закрива регионалното болнично заведение. И следствието е, че всички, и плащали, и неплащали, ще пътуват примерно 50 километра до друга болница, в друг град, с всичките възникващи от това допълнителни разходи. Как тогава да бъдат мотивирани хората, че трябва да плащат здравни осигуровки? Как да се оправдае тезата, че така е по-добре за тях? Като причина за здравно осигуряване може да се посочи възможността за достъп до личните лекари и специалисти от доболничната помощ, но тук веднага се намира лесно решение - висенето пред кабинетите за едно направление примерно, се обезсмисля, тъй като може просто да се отиде до новооткрития „спешен“ кабинет. Така вместо пациентите да бъдат стимулирани да търсят лични лекари и специалисти от доболничната помощ при ранни прояви на заболяване, те ще изчакват, за да отидат направо в спешния кабинет, където ще ги прегледат без административни формалности. Като резултат конструкцията на системата за публични здравни услуги се разпада. Пациентите ще отидат там, където има най-малко препятствия пред тях, а не там, където ще получат силно пропагандираната качествена медицинска помощ, защото пред достъпа до такава помощ съвсем официално са поставени множество административни, организационни и/или финансови препятствия. А усилията за профилактика, за ранно откриване на болести и тяхното лечение в ранните им стадии, отиват на вятъра.

Друг проблем е осъществяването на тези промени при липсата на цели структурни компоненти в здравния сектор. Да допуснем, че пациент получава някакво остро страдание. Извикан е екип на Спешна медицинска помощ, и след като пациента е прегледан, се оказва необходимо да постъпи на лечение в болница. Тъй като местната такава е закрыта, пациентът е транспортиран до съседната, най-близко разположена болница. Там той е лекуван и идва момент да бъде изписан. Поради това, че оцелялата болница обслужва по-многобройно население и произтичащата от това необходимост от по-голям оборот на легла е възможно да се окаже, че пациента ще бъде изписан преди пълното му клинично оздравяване, с остатъчни симптоми и продължаващо лечение. Така се стига до въпроса – как пациента ще се върне обратно в къщи? Може би ако близките му си вземат отпуск, дори с риск да бъдат уволнени, проблемът се решава, но не съвсем. Ако пациента е опериран, как ще бъде транспортиран – сгънат на задната седалка на някой малолитражен автомобил? Все пак става дума за десетки километри. Ако пък допуснем, че пътуването е било понесено добре, кой ще осъществява домашното лечение, евентуалните превръзки, манипулации и т.н.? В началото на здравната реформа през 2000-та година също се предвиждаше закриване на болници, но това трябваше да стане след изграждането на адекватна извънболнична структура и организация. За целта трябваше да има специализирани фирми за медицински транспорт, със съответните санитарни автомобили и медицински лица, които да обезпечават транспорта на такива болни от болниците за активно лечение до болниците за долекуване или до дома им. Тази дейност трябваше да се финансира от НЗОК, но това така и не се случи. Освен това се предвиждаше медицинските сестри да могат да оказват сестрински услуги, като регистрират специализирани лечебни заведения и също да работят по договор с НЗОК. Това щеше да обезпечи възможността част от болните да се лекуват в къщи, на домашен стационар, наблюдавани от личния си лекар, докато манипулациите трябваше да се извършват от медицински сестри от такива лечебни заведения. Това обаче също никога не стана. Вместо това сега направо се закриват болници, без наличието на каквато и да било алтернатива.

---

Теоретично прекратяването на дейността е икономически логичен изход за всяко нерентабилно работещо предприятие. Разбира се здравата логика изисква собственикът да е положил необходимите усилия за оздравяване и „връщане към живот“ на това предприятие. В случаят с болниците обаче нещата не могат да бъдат разглеждани толкова опростено. Първо не бяха на правени никакви усилия за запазване, модернизирани или реорганизиране на дейността на лечебните заведения през последните 10 години от страна на собственикът, т.е. държавата и/или общините. Като изключим част от големите регионални и специализирани национални болници, за малките общински лечебни заведения не бе направено почти нищо. На отделни места мениджърите на болниците и/или общинските ръководства успяха да компенсират донякъде липсата на адекватна политика и финансиране на национално ниво, но в повечето случаи действията се свеждаха до обезпечаване на дейността на съществуващото, често не особено добро ниво. Факт е, че поради недофинансиране на дейностите в болниците и лошата организация на системата като цяло, в болниците възникнаха и се наложиха практики на администриране и управление, които са, меко казано, странни. Като пример могат да се посочат т.нар. „фантомни“ пациенти – лица,

чието здравословно състояние не налага непременно хоспитализация и лечение в болница, но въпреки това те се приемат поради не съвсем медицински показания, като например подобряване на икономическите показатели на съответното отделение и/или болница /като например използваемост на легловата база, брой преминали пациенти за даден период и т.н./ или пък финансова или организационна невъзможност на пациента да поеме сам необходимото му амбулаторно лечение. Такова симулиране на дейност е често явление в лечебните заведения на всички нива, като по-малките общински болници съвсем не са изолиран случай. Друга често срещана практика е даден пациент да е хоспитализиран поради съвсем реален здравен проблем, но по документи да се лекува за друго страдание, просто поради факта, че болницата няма сключен договор за съответната клинична пътека или пък цената на съответстващата пътека е твърде ниска и не покрива реално направените разходи от лечебното заведение. Обвинението, често изказвано или активно пропагандирано в медиите, че така лекарите „източвали“ касата, за да получават по-големи заплати, не винаги е истина. Тези практики много често се извършват с активното знание и съгласие, а даже напоследък и с активно искане от страна на пациенти за това да бъдат „пуснати“ по по-скъпа клинична пътека и така да получат по-адекватни диагностика и лечение, с използването на по-скъпоструващи медикаменти например или с провеждане на скъпоструващи диагностични процедури. Често мениджмънтът на болницата активно подкрепя, съдейства или директно изисква подобни практики от медицинския персонал, поставяйки на преден план единствено икономическата целесъобразност на дадена дейност, отделение или клиника и напълно пренебрегвайки всякакви доводи и аргументи, касаещи медицинския аспект на дейността.

Наложено изискване за наличието на поне двама специалисти, работещи по клиничните пътеки в дадено отделение, е неаргументирано и по никакъв начин не гарантира по-доброто обслужване на пациентите. Не е ясно както точно е определена тази бройка. Ако целта е осигуряване на двадесет и четири часова дейност, то тогава са необходими поне 5-6 души, за да се покрие такъв график, за да има по един лекар във всеки момент през денонощието. При двама специалисти такъв график не може да бъде постигнат. От друга страна ако целта е да има поне през деня такъв специалист, това решение отново се оказва не особено ефективно. В по-малките общини липсва концентриране на пациенти с по-тясно профилиран здравен проблем, така както се случва в специализираните клиники в големите болници, а броят на пациенти с дадено заболяване е относително еднакъв във времето, поради което изискването този брой пациенти, които до сега са обслужвани от един лекар, сега да се обслужват от двама, може да доведе до липса на достатъчно натоварване на двамата специалисти в такава болница, т.е наличният брой пациенти не е достатъчно голям, за да оправдае подобно изкуствено предизвикано увеличение на броя на лекарите в дадена болница.

---

Това ще има за резултат по-малък брой пациенти, които ще бъдат прегледани от всеки един от специалистите, което от своя страна ще доведе до по-малко възнаграждение за тях и с течение на времето до понижаване на квалификацията им. Така в дългосрочен аспект работата в такава болница ще се окаже непривлекателна за лекарите както от финансова, така и от чисто професионална гледна точка, а над ръководството на болницата непрекъснато ще виси като дамоклев меч заплахата от напускане на някой от специалистите и от последващото от това прекратяване на

дейността. Така порочният кръг се затваря. Специалистите трябва да получават високи възнаграждения и да имат добра професионална перспектива, за да работят в такава болница, но поради липсата на достатъчно пациенти тези условия вероятно няма да се изпълнят в цялост и рано или късно някой от тях ще напусне, а това ще доведе до невъзможност за покриване на новоизмислените изисквания на НЗОК и до прекратяване на дейността на лечебното заведение по съответната клинична пътека. Непрекъснато прокламираното от правителството повишаване на качеството на медицинските услуги не може да бъде постигнато само с механичното увеличаване на броя на лекарите в дадено лечебно заведение. Качеството на здравната услуга зависи на първо място от квалификацията на лекаря. В момента обаче поддържането и повишаването на квалификацията на лекарите и специалистите по здравни грижи е вменено като отговорност само и единствено на самите здравни специалисти. Болничният мениджмънт и държавата като цяло не обезпечават под каквато и да било форма тяхното обучение. Не се обезпечават курсове за следдипломно обучение нито като осигуряване на отпуск и/или командировка за времето на курса, нито пък се поемат таксите за участие в тях. Така лекарите трябва да изразходват полагащия им се годишен отпуск и да поемат сами често не малките такси за участие /обикновено 15 – 30 лева на ден/. Откъсването от работа и получаването на отпуск дори се възпрепятства активно от работодателя, тъй като отсъствието на специалист често води до невъзможност да се покрият изискванията на НЗОК по отношение работата по клиничните пътеки. За осигуряване и поддържане на болнични библиотеки със специализирана литература дори не се и помисля. Разкъсването на структурата на системата на публичните здравни услуги направи изключително трудно или напълно невъзможно изпращане на специалисти от по-малките в по-големите и/или специализирани болници, както и оказване на методична помощ на лекарите в по-малките лечебни заведения.

Описаните до тук проблеми съвсем не изчерпват всички аспекти на изключително обширната и сложна тема за обезпечаването на достъпни здравни услуги за цялото общество. Не би могло да се каже, че някъде в света съществува съвършена здравна система. Всеки вариант, всяко решение в конструкцията на тази толкова необходима обществена дейност носи своите негативи и позитиви. Това, което става в България през последните години обаче е лишено от всякаква здрава логика. Крайният ефект от тези половинчати и недообмислени действия ще бъде още по-сериозно влошаване на здравното състояние на обществото като цяло, създаване на сериозни социални проблеми чрез стимулиране на миграция на големи групи хора към големите градове, превръщане на медицинските професии в неизгодни за практикуване в страната и последващото все по-сериозно намаляване на броя на заетите в сектора, отчасти и поради засилване на емиграцията на медицински специалисти, и респективно във все по-трудния достъп до все по-скъпи здравни услуги.