

КОНЦЕПЦИЯ

ЗА ПО-ДОБРО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

СЪДЪРЖАНИЕ:

I. СИТУАЦИОНЕН АНАЛИЗ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ	стр.1
II. КОНЦЕПЦИЯ ЗА ОРГАНИЗАЦИОННА ПРОМЯНА И БЪДЕЩО УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СИСТЕМА	стр.4
1. ЦЕЛИ.....	стр.4
2. ГЛАВНИ НАСОКИ ЗА ПОСТИГАНЕ НА ЦЕЛИТЕ	стр.4
3. ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ	стр.5
4. ПРИНЦИПИ И ДЕЙСТВИЯ ЗА ПОСТИГАНЕ НА ЦЕЛИТЕ	стр.5
А.ОБЩИ ПРИНЦИПИ	стр.5
Б.КОНКРЕТНИ ПРИОРИТЕТНИ ДЕЙСТВИЯ И НАСОКИ ЗА ПОСТИГАНЕ НА ЦЕЛИТЕ	стр.5
III.ЗАКЛЮЧЕНИЕ	стр.12

I.СИТУАЦИОНЕН АНАЛИЗ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ

Здравната реформа е обективно необходим и неотложен и процес. За това е налице пълен национален консенсус - сред обществото, здравните политици, експертите по здравен мениджмънт и медицинските специалисти. По отношение насоките и начина на провеждането на тази реформа обаче битуват разнопосочни мнения. Срещат се привърженици както на радикалните действия, така и на бавните постепенни промени, които не засягат основните принципи и структурата на настоящата здравна система в България. Затова главното предизвикателство и задачи, пред които стои Министерството на здравеопазването е да намери баланса между тези два крайни подхода, да минимизира медико-социалните и медико-икономическите рискове от предстоящата промяна, така че да се постигне един по-висок стабилитет и устойчиво развитие на националната здравна система в унисон със съвременните стандарти, прилагани в другите страни от Европейския съюз. В България се наблюдават регресивни тенденции на общественото здраве. От националната ни здравна статистика и от глобалните анализи на Световната здравна организация е очевидно, че основните здравни показатели на страната са крайно неблагоприятни, а по някои от тях сме на последно място в Европа. Средната продължителност на живота в България е с 6 години по-малка от средната в Европейския съюз. Смъртността у нас за 2009г е 14.2‰ (ЕС – 9.64‰, 2008 г.). Стандартизираният показател за смъртност от сърдечносъдови заболявания България е 611.28‰ (2008 г.) и остава изключително висок в сравнение с този за ЕС -245.79‰ (2007 г.) Перинаталната детска смъртност се задържа висока (11.3 на 1000 родени деца през 2009 г.) срещу - 5.8‰ за страните от ЕС (2008 г.). Въпреки наличието на повече лекари на глава от

населението (370 на 100 000) спрямо средната за ЕС, неудовлетвореността от здравната ни система е обективен факт по отношение на пациентите. Същото се отнася и до неудовлетвореността на работещите в сферата на здравеопазването. Наблюдаваните обезпокоителни тенденции като ръст на хоспитализациите (1 958 897 за 2009г. или 25, 83 на 100 души в сравнение с 1 181 097 хоспитализирани през 2000г.) и увеличаващите се разходи за тях показват засилваща се неефективност на функциониране на системата. В не малка степен всичко това се дължи на наследени проблеми, дефекти и рискове от провежданите действия в здравеопазването през последните 10 години.

Най-обобщено тези наследени негативни тенденции са следните:

- Нараснала здравна несигурност на обществото, вследствие нарушен интегритет и дестабилизиране на здравеопазването като цялостна система;
- Фрагментирано и вътрешно противоречиво здравно законодателство, върху което е изградена досегашната промяна (много здравни закони са без здрава логична връзка помежду им);
- Слаба взаимовръзка и координация между първичната медицинска помощ (личните лекари), специализираната извънболнична помощ, болничната помощ и спешната помощ;
- По-висока цена на модела за здравно осигуряване в сравнение с държавно-бюджетното финансиране на здравеопазването;
- Нерационално и безконтролно внедряване на пазарни механизми в здравеопазването чрез механично прилагане на *външен* за специфичната медицинска дейност нормативен акт (Търговския закон); безкритично преобразуване на публичните лечебни заведения в търговски дружества;
- Неадекватно разширяване обема на общественотофинансираните здравни услуги с вътрешно присъщи дефицити при възприетия модел на финансиране и управление;
- Неефективно неприоритетно изразходване на и без това ограничените обективно здравни ресурси, независимо, че те нарастват от 1, 195 976 за 2001г. до 2,830 812 млрд.лв. за 2008г.
- Неправилното внедряване на клиничните пътеки като единствен механизъм на финансиране (вместо като регулатор на качеството);
- Нереалистично заложили максималистични очаквания от здравната реформа, пораждащи, наред с обективните слабости и нарастваща обществена неудовлетвореност от здравеопазването;
- Липса на ефективно обвързване между интересите на частния сектор и обществените здравни интереси
- Управленска немощ в здравната система; слабо развит управленски професионализъм с липса на професионален здравен мениджмънт в системата.

- Неефективна дейност и роля на някои от съсловните организации за етичното регулиране на медицинския труд, както и за неговата организацията и оценката на качеството му;
- Диспропорции в заплащането на лекарския персонал по региони и по специалности, генериращи корупционни практики;

Тези негативни тенденции и последствия доведоха до нуждата от нова промяна в здравеопазването.

Въпреки изявяваното желание за реформи от всички, съществуват множество рискове относно осъществяването им. И сред населението, и сред медицинските специалисти доминират максималистичните и главно консумативни нагласи от здравната реформа. Няма баланс между правото и отговорността за здравето.

На тази основа в процеса на бъдещата промяна може да възникне сериозен дисбаланс и принципни различия в отношението на населението и на работещите в здравеопазването към тази промяна – съпротива или подкрепа. Населението ще разчита на гарантирана общодостъпност до медицинска помощ, а заетите в сектора - на по-справедливо и по-високо възнаграждение. Този дисбаланс се заражда и поддържа от липсата на здрав ефективен мениджмънт и системен контрол на медицинската дейност.

Сериозна бариера за бъдещата реформа ще бъде формираният се своеобразен мит за неограниченост – у населението за абсолютна неограниченост на свободния достъп до медицинска помощ, а у лекарите за неограниченост на възнаграждението (основан на представата за „свободна“ професия).

Европейската практика показва, че за преодоляване съпротивата срещу промяната и за засилване на нейната подкрепа е необходима широка предварителна подготовка на общественото и професионално мнение относно обективната необходимост от известни ограничения и от по-прецизно регулиране на цялостния процес на медицинска помощ.

Кратък анализ на факторите в подкрепа на здравната реформа и заплахите при осъществяването и.

Фактори в подкрепа на здравната реформа	Заплахи за осъществяването на здравната реформа
Преобладаващо в обществото очакване за реформа	Максималистични очаквания за бързи положителни резултати за кратко време (месеци до година)
Проблеми в здравеопазването се отчитат от всички политически партии – и управляващи и опозиция	Липсва консенсус между различните политически формации относно начините на решаването им
Наличие на мнозинство в Народното	Вероятни опити за използване на популизма с

събрание подкрепящо правителствените реформи	цел краткосрочни политически дивиденди от страна на опозиционните партии
Декларирано желание за реформи и у пациенти и у работещи в здравеопазването	Вероятни негативни реакции и на пациенти и на работещи в здравеопазването при промяна в статуквото ограничаващо моментните им придобивки
Икономическата криза поставяща по още по-остър начин необходимостта от по-ефективно изразходване на средствата за здравеопазване.	Ограничените финансови ресурси, с които реформата може да бъде подкрепена

II. КОНЦЕПЦИЯ ЗА ОРГАНИЗАЦИОННА ПРОМЯНА И БЪДЕЩО УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СИСТЕМА

1. ЦЕЛИ

1. Преустановяване на задълбочаващите се негативни тенденции и дезинтеграция на здравеопазването.
2. Подобряване на общественото здраве.
3. Постигане по-висока степен на национална здравна сигурност

2. ГЛАВНИ НАСОКИ ЗА ПОСТИГАНЕ НА ЦЕЛИТЕ

1. Адекватно повишаване ролята на държавата в регулирането на процесите и ресурсите в здравната система (изразено в ново политическо отношение към здравните проблеми на нацията с оглед гарантиране на социално справедлив достъп до медицинска помощ, системно подобряване на нормативната база и вътрешното и хармонизиране, реалистично определяне на приоритети, контрол върху качеството и използването на публичните ресурси);
2. Подобряване на интегритета, структурата и ефективността на управлението на националната здравна система в посока на ефективна координация и взаимодействие между различните нива и сектори на здравната система.
3. Създаване на ново обществено и индивидуално отношение към здравето като право и отговорност на индивида и търсене на консенсус при вземане на здравно-политически решения, както и с по-пряко ангажиране на гражданите в реализирането на здравната реформа и контрола върху разходите.

3. ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

1. Повишена удовлетвореност на населението и медицинските специалисти от функционирането на здравеопазването
2. Осигуряване на качествена и достъпна медицинска помощ при ясни правила гарантиращи правата на пациентите и техните задължения
3. Повишено качество на медицинските услуги
4. Ефективно използване на финансовите средства в здравеопазването и финансова устойчивост на системата

4. ПРИНЦИПИ И ДЕЙСТВИЯ ЗА ПОСТИГАНЕ НА ЦЕЛИТЕ

А. ОБЩИ ПРИНЦИПИ

1. Запазване на солидарния модел на здраво осигуряване

Въпреки че по някои експертни оценки цената на модела за здравно осигуряване в сравнение с държавно-бюджетното финансиране на здравеопазването е по-висока, към момента няма сериозни обществени нагласи или ясни предложения от експерти за преосмисляне на избрания модел на здравно осигуряване. Затрудненията в поддържането на този модел са особено изразени в условията на криза, но те не липсваха и в предходните години, когато се генерираха „виртуални“ резерви на НЗОК поради простата причина, че държавата не разполагаше реално с необходимите средства. През 2011 въпреки явните финансови затруднения причинени от кризата се прави опит всичките средства да бъдат използвани за здравеопазване, като при добро икономическо състояние на държавата няма причина през 2012г. бюджетът да бъде още по-изчистен без наличието на трансфери. Що се касае до солидарността – тя е част от общите ценности и принципи, които трябва да направляват развитието на здравните системи в ЕС.

2. Запазване на НЗОК като единствена институция разпределяща средствата от задължителното здравно осигуряване

За разлика от почти липсващия дебат относно евентуална промяна на модела на здравеопазване, темата за броя на здравноосигурителните каси е обект на периодични дискусии, при които биват изразявани различни мнения. Според оценки на експерти от СЗО ключовите проблеми в представянето на здравноосигурителната система в България не са свързани с липсата на конкуренция между осигурителните фондове, тъй като всички те (проблемите) могат да бъдат решени при добре функционираща система с една каса, при това при по-ниски разходи. Опитът с въвеждането на множество здравно осигурителни фондове в други страни от Източна Европа също е в подкрепа на запазване на сегашното статукво на НЗОК. Успоредно с това трябва да се създават благоприятни условия за развитието на доброволното здравно осигуряване, като населението бива насърчавано да го използва като алтернатива на директното плащане за здравни услуги.

Б. КОНКРЕТНИ ПРИОРИТЕТНИ ДЕЙСТВИЯ И НАСОКИ ЗА ПОСТИГАНЕ НА ЦЕЛИТЕ

1. Усъвършенстване на достъпа на населението до медицинска помощ

А. Подобряване на достъпа на населението до извънболнична медицинска помощ.

- Гарантиране на здравно осигурените лица реален 24 часов достъп до лекарска помощ или медицински специалисти
Идеята за въвеждането на общо практикуващите лекари бе те да осигуряват първична лекарска помощ на здравно осигурените лица 24 часа на ден и да са филтър към по-скъпото специализирано и особено болнично лечение. 10 години по-късно реалността показва, че тези задачи не са изпълнени. 24 часовото разположение е практически неосъществимо, тъй като мнозинството от практиките са индивидуални – 94,8% от общия им брой (3) Филтриращата роля също е дискутабилна с оглед непрекъснатото растящите хоспитализации през спешните отделения на болниците. Това налага въвеждане на нови форми на организация на работа, които да гарантират на здравно осигурените лица максимален достъп до медицинско обслужване извън системата на болниците и спешната помощ, когато случаите не са такива.
- Освобождаване на достъпа до тесни специалисти.
Административното ограничение на достъпа до тесни специалисти на базата на регулативни стандарти при ОПЛ е постоянен генератор на недоволство и при пациенти и при лекари. Въпреки нарастващия брой първични посещения, неудовлетвореността у пациентите остава, както и съмненията в ефективното използване на направленията и липсата на заинтересованост у пациента за осъществяване на контрол върху разходите. Поради тази причина е необходимо да се обмисли промяна на административната регулация към такава включваща пациентът като контролиращ разходите.

Б. Усъвършенстване и оптимизиране на достъпа на населението до болнична медицинска помощ.

- Въвеждане на дневния стационар, еднократната хирургия и др.
Множество дейности извършвани по традиция в болниците биха могли да бъдат извършвани в извънболничният сектор. Но това далеч не винаги е необходимо да се прави. Достатъчно е да бъде регламентиран дневния стационар в болниците, а модерните методи на лечение изискващи минимален престой да бъдат стимулирани. Освен удобство за пациента, намалени разходи за болницата, за обществото ползите биха били многократно по-големи чрез намаляване на временната нетрудоспособност, т.е. намаляване на разходите на общественото осигуряване.

В. Подобряване на достъпа на населението до спешната медицинска помощ

- Разкриване на спешни кабинети с легла за краткотрайно наблюдение и осигурен транспорт за пациентите в населените места където съществували болнични структури претърпят реструктуриране
- Освобождаване от несвойствените задължения на спешната помощ (превоз на болни за хемодиализа, амбулаторни прегледи на пациенти извън часовете на личните им лекари и т.н.), което ще позволи по-адекватно изпълнение на основните задачи на спешната помощ.

2. Реформа и реструктуриране на болничния сектор

А. Въвеждане на държавна политика относно лечебните заведения за болнична помощ на база регионалните нужди на населението, като част от общата здравна политика на държавата.

- **Задължителна национална здравна карта**
Развитие на концепцията за задължителната здравна карта, в която освен вида, броя, дейността и разпределението на лечебните заведения по отделните нива на медицинското обслужване в областта, минималния и максималния брой легла за активно лечение (терапевтични, хирургични, педиатрични, акушеро-гинекологични и легла за интензивно лечение) и за и продължително лечение трябва да фигурират и центрове за скъпи и високотехнологични методи на диагностика и лечение, за които е обосновано финансирането им от публичен ресурс, както и лечебните заведения за болнична помощ, с които НЗОК би могла да сключва ежегодно договори по смисъла на Закона за здравното осигуряване
- **Дълготрайна политика за намаляване на броя на болниците като основна насока на болничната реформа**
Включва окрупняване на лечебните заведения за болнична помощ, приоритетно развитие на многопрофилните болници по области и региони (еврорегиони), стимулиране на реструктурирането и трансформацията на лечебните заведения в зависимост от регионалните нужди на населението, преустановяване на работа на болниците неотговарящи на стандартите за качество и сигурност на предлаганите услуги, избягване на дублиращите се структури, планиране на потребностите от включване на нови лечебни заведения за болнична помощ желаещи да работят с публични средства в зависимост от нуждите на съответния регион.
- **Промяна във формата на регистрация на болниците с доминиращо участие на държавата от търговски на публични дружества и подобряване на ефективността на тяхното управление**
Необходими са законодателни изменения с цел промяна в начина на регистрация на болниците с доминиращо участие на държавата и тяхното управление, които да доведат до по-прозрачното им ръководене в унисон с общата политика и отговорността на държавата в здравеопазването.
- **Модернизация на лечебните заведения за болнична помощ**
Въвеждане на механизми ограничаващи използването и закупуването на морално остаряла техника. Стимулиране използването на нова апаратура в зависимост от съотношението цена/ефективност и наличието на специалисти, които да работят с нея. Освен модернизация с апаратура, част, от която може да бъде осигурена със средства от ЕС много от лечебните заведения се нуждаят от изграждане на нова материална база. Необходими са промени в законодателството с цел ефективно и рентабилно решаване на проблема с неизползваните болнични терени с цел генериране на допълнителен финансов ресурс, който да се насочи към изграждане на модерни лечебни заведения.

Б. Нови финансови механизми за заплащане на болничната помощ от НЗОК и усъвършенстване на договарянето с изпълнителите.

- Въвеждане на ДСГ като метод на финансиране на болничната помощ
Близо десетгодишния опит със заплащане на болниците по метода на клиничните пътеки показва своите ограничения и в момента се явява пречка за развитие на болничното здравеопазване. ДСГ имат за цел по-ефективно преразпределение на публичните средства за болнична медицинска помощ между лечебните заведения и в лечебните заведения; по-добро управление на финансовите средства в лечебните заведения за болнична помощ.
- Въвеждане на регулираната конкуренция при сключването на договори с НЗОК
От задължение на НЗОК да сключва договори с всички лечебни заведения за болнична помощ трябва да се върви в посока към избор на предлагащите най-добри показатели при най-ниски цени. Осъществяването на подобен подход включва здравна карта, в която да бъдат включени лечебните заведения потенциални договорни партньори, а самите договори да се сключват за определен обем дейност при гарантирано качество и срещу определен годишен бюджет на принципа на съревнованиеето между болничните лечебни заведения.

3. Развитие на електронното здравеопазване:

- интегрирана информационна система свързваща в реално време информационните системи на институциите и изпълнителите в сферата на здравеопазването
Единната информационна система изградена от Министерство на здравеопазването трябва да свърже съществуващите вече системи в различните институции (НЗОК, НОИ, НАП, МЗ и др.), доставчиците на здравни услуги (болници, практики в извън болничната помощ, аптеки). Така ще се гарантира адекватност на здравната политика, коректно приоритизиране, оптимално, адекватно и прозрачно финансиране на сектора, бърз и точен обмен на информация между всички участници, което да позволи следене на системата в реално време и вземане на точни решения. Подобна система би имала и икономически ефект спестявайки разходи от административни процедури чрез досегашните методи на комуникация.
- електронно пациентско досие
Като част от общата информационна система пациентското досие ще издигне на качествено ново ниво здравеопазването, осигурявайки обмен и наличност на данни за пациента без значение от мястото, където се намира. Чрез него освен удобство, и спестяване на разходи ще се постигне приемственост в проследяването на пациента от различните изпълнители на медицински услуги.
- електронна здравна карта
Явявайки се „входна врата“ към информационната система електронната здравна карта служи за контрол в реално време относно потребяването на даден вид медицинска услуга, с което може да определена степен да се ограничат потенциални злоупотреби. Освен това електронната здравна карта може да гарантира достъп във всеки един момент на пациента до собственото му медицинско досие с което да се подобри контрола върху изпълнителите на медицинска помощ.
- електронни регистри

Поддържането на електронни регистри е от изключително значение за систематизиране на информацията – било то за пациенти с определени заболявания, лечебни заведения, лекарства или медицински изделия. Необходимо е интегриране на вече съществуващите подобни регистри в обща информационна система, а някои от тях – например на лечебните заведения, медицински изделия да бъдат публично достъпни чрез уеб портали.

4. Подобряването на контрола върху качеството на медицинските дейности:

- Медицински стандарти
В по-голямата си част медицинските стандарти вече са подготвени. Предвижда се тяхното актуализиране в съответствие с прогреса на медицината и реалните възможности на националното здравеопазване.
- Правила за поведение
Необходима е държавна политика стимулираща създаването на правила за поведение от медицинските дружества, университети и др., които периодично да се актуализират и да бъдат в полза на лекарите при диагностиката и лечението, както и да служат като сравнително обективен инструмент при решаване на спорове и оценка на качеството. Подобни правила по заболявания и / или специалности трябва да са достъпни на поддържан от МЗ или негова структура уеб портал.
- Усъвършенстване на контрола от страна на специализираните държавни агенции и инспекции
От чисто административен контрол основаващ се на съответствие с нормативната база дейността на агенциите и инспекциите трябва да се развие към медицинската целесъобразност на базата на общоприети на национално ниво правила за поведение.
- Промени в законите за съсловните организации с цел ясно дефиниране на отговорностите, които имат по отношение гарантиране на качеството
Необходимо е разграничаване на доминиращите към момента синдикални функции в съсловните организации от същинската саморегулация, част, от която е вътрешносъсловният контрол на качеството. По отношение на БЛС това е свързано с обединяване на кодекса на професионална етика с правилата за добра практика в единен кодекс и още по-важно – поставяне на изискване за спазването им.
- Приемане на закон за правата и задълженията на пациента
Подобен акт ще регламентира по-точно взаимоотношенията между пациенти и институциите в здравеопазването, като ще гарантира спазването на правата на същите, но и уреждане на техните задължения по отношение на опазване на собственото им здраве

5. Оптимизация на лекарствената политика

- Утвърждаване на единни стандарти за рационална лекарствена употреба и унифицирани критерии за включване в системата за заплащане на лекарствени продукти с обществен ресурс.
- Въвеждане на фармакоикономическия анализ с цел обосновано вземане на решение за прилагане в практиката на всеки иновативен лекарствен продукт. Изместването на фокуса от единична цена на лекарствения продукт към оценка на терапията и очаквания резултат от нейното прилагане ще даде възможност решенията за включване на конкретен лекарствен продукт в Позитивно-реимбурсната листа да се основават на точни и измерими показатели относно социална значимост на терапията, очакван ефект по отношение на здравословното състояние на повече пациенти, полезността на различните алтернативни терапии, както и тяхната ефективност от гл.т. на разходи и резултати от прилагането им.
- Ограничаване на „самолечението“ и негативните ефекти от него чрез засилен контрол върху отпускането на лекарствени продукти по лекарско предписание в аптеките, както и чрез въвеждане на по-сериозни санкции на аптеки и фармацевти, които отпускат такива продукти без рецепта.
- Контрол и оптимизиране на разходите на болниците за лекарствени продукти, чрез утвърждаване на унифицирани критерии за избор на доставчик и създаване на условия гарантиращи засилена ценова конкуренция
- Обединяване на съществуващите две комисии в Комисия по цени и реимбурсация на лекарствени продукти с цел създаване на единен експертен орган, скъсяване сроковете за оценка на нови лекарствени продукти и облекчаване на административните процедури
- Създаване на национален регистър на медицински изделия, заплащани с обществени средства, който ще гарантира по ефективно прилагане и контрол върху тази група продукти, без възпрепятстване принципите за свободно движение.

6. Подобряване на денталното здраве

- Засилване на дейностите по промоция на денталното здраве и профилактика на оралните заболявания
Целево финансиране от държавата на програми подобряващи денталното здраве при децата и учениците до 18 годишна възраст като приетата от Министерски съвет и ресурсно обезпечената Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 - 18 години в Република България

7. Утвърждаване на дълготрайна държавна политика по отношение на човешките ресурси

- Планиране на необходимостта от кадри на база нуждите по региони, специалности, възрастово разпределение
Необходимо е активно използване на регистрите на съсловните организации с цел планиране на необходимите кадри по региони и специалности. В случай на невъзможност или неточност на подаваната информация ще се пристъпи към

създаване на регистри към МЗ. За попълване на нуждите от дефицитните специалности трябва да се предвидят улеснения за зачисляването и провеждането на специализацията, при определен ангажимент в последствие за работа в страната.

- Концепция за квалификация и надграждащо продължително обучение на медицинските и специалисти в системата на здравеопазването
Статутът на специализантите трябва да бъде уреден и времето за специализация да се признава за трудов и осигурителен стаж чрез сключване на временен (срочен) трудов договор с лечебното заведение – база за специализация. От планиране на необходимият брой специалисти на база възможностите за обучение трябва да се върви към планиране съобразено с нуждите на страната в перспектива. Продължаващото обучение е необходимо да бъде задължителен, а не препоръчителен елемент в системата на здравеопазването.
- Повишаване на базовите възнаграждения с цел намаляване на изтичането на кадри от страната
Единственият начин за намаляване и спиране на изтичането на кадри от страната е чрез адекватното им финансово обезпечаване. Политиката по отношение на лечебните заведения с мажоритарно държавно участие трябва бъде в посока на гарантиране на високи твърди доходи на персонала в тях и постепенното ограничаване на възможността за допълнителна работа в други структури за болнична или извънболнична медицинска помощ. Това освен спиране на нелоялната конкуренция между лечебните заведения ще допринесе за избягване на конфликта на интереси при някои от случаите и за запазване на здравето на медицинския персонал, не малка част, от който в момента работи на множество места и с обща продължителност на работния ден надвишаваща европейските директиви.

8. Утвърждаване на профилактични програми и подобряване на ранното откриване на заболяванията

- Инфекциозни заболявания
Необходимо е да се наблегне на системата за имунизации, особено що се отнася до извършването и при малцинствени групи с цел да не се достига до проблеми подобно на епидемията от морбили 2009/2010г. Нужни са допълващи сегашната практика на имунизации механизми, строг контрол и отчетност на извършването.
- Неинфекциозни заболявания
Сърдечносъдовите заболявания, онкологичните заболявания, хроничните белодробни болести и диабета са отговорни за 77% от смъртността в Европа. Във връзка със застаряване на населението относителния дял на тези състояния и отражението им върху здравеопазването и икономиката на страната ще се увеличава. Тютюнопушенето, погрешния хранителен режим, ниската физическа активност и злоупотребата с алкохол са в основата на много от тези заболявания. Поради тази причина е необходимо да се предприемат още по-

твърди мерки срещу тютюнопушенето в съответствие с водещите европейски модели предполагащи пълна забрана на пушенето на закрити обществени места. Съществуващите национални профилактични програми за промоция на здравословния начин на живот трябва да продължат и да бъдат развити нови такива.

- Създаване на национални скринингови програми за социално значими заболявания на база медицински и финансово доказана ефективност. С особена важност са програмите предназначени за ранното откриване на сърдечносъдови и злокачествени заболявания.

9. Подобряване на общото финансиране на здравеопазването и максимално използване на средствата по оперативни програми на ЕС

- Увеличаване на дялът на публичните средства в общите разходи за здравеопазване
Целта е публичните средства за здравеопазване да достигнат нива от над 70% спрямо общите разходи за здравеопазване (за 2008г. дялът им е 58%). Това изисква успоредно с реформите да бъде осигурявано нарастващо финансиране на системата, без което всички промени биха били обречени на неуспех.
- Активно участие във всички възможни европейски програми за финансиране. С приоритет трябва да се разглеждат програмите даващи възможност за модернизация и реструктуриране на болниците и развитие на електронното здравеопазване.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Успешното постигане на заложените в тази концепция цели е свързано с извършването на предлаганите действия. Те от своя страна са свързани не толкова с желанията и волята на промени на една или няколко политически сили, колкото с убедеността на преобладаващата част от обществото в необходимостта от реформи. Това изисква не само политическа воля за налагане на временно непопулярни мерки, но и широк дебат и разясняване на предстоящите действия, очакваните ползи, рискове и алтернативни варианти. Реалистичният период от време за постигане на основните цели е минимум две години, но множество от планираните действия могат да започнат да се прилагат от началото на 2011г. давайки конкретни резултати далеч по-рано.

В консервативна и силно чувствителна на промени сфера, каквато е здравеопазването единствено последователните, неприбързани и аргументирани с обществените ползи действия могат да постигнат успех и обществено одобрение.