



Списание за наука

„Ново знание“

ISSN 2367-4598 (Online)

ISSN 1314-5703 (Print)

Академично издателство „Талант“

*Висше училище по агробизнес и развитие на
регионите - Пловдив*

New Knowledge

Journal of Science

ISSN 2367-4598 (Online)

ISSN 1314-5703 (Print)

Academic Publishing House „Talent“

*University of Agribusiness and Rural Development
Bulgaria*

<http://science.uard.bg>

MODELS FOR SPENDING FUNDS IN OUTPATIENT AND EMERGENCY CARE

Tsvetana Kerencheva

University of agribusiness and rural development – Plovdiv, Bulgaria

Abstract: Outpatient medical care in Bulgaria is entirely private and is financed by the health insurance fund through capitation and fees. Emergency medical care is organized, managed and controlled by the Ministry of Health. It is financed from the state budget. Defects in the organization of the emergency care system have a negative impact on the adequate provision of emergency medical care in the country.

Keywords: analysis in healthcare, outpatient medical care, emergency medical care system.

МОДЕЛИ ЗА РАЗХОДВАНЕ НА СРЕДСТВА В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА И СПЕШНАТА ПОМОЩ

Цветана Керенчева

Висше училище по агробизнес и развитие на регионите - Пловдив

Резюме: Извънболничната медицинска помощ в България е изцяло частна и се финансира от здравноосигурителната каса чрез капитация и такси. Спешната медицинска помощ се организира, управлява и контролира от Министерство на здравеопазването. Финансира се от държавния бюджет. Дефектите в организацията на системата за спешната помощ влияят негативно за адекватно осигуряване на спешното медицинско обслужване в страната.

Ключови думи: анализ в здравеопазването, извънболнична медицинска помощ, система за спешна медицинска помощ.

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравеопазването се разглежда като система от дейности по управление, финансиране и предоставяне на здравни услуги с цел подобряване на здравния статус на населението¹. Здравната система се базира на принципите на солидарността, правото на избор и ефективност при изразходване на ресурсите, т.е. по своята същност има както социални, така и икономически характеристики. Световните тенденции са към либерализиране пазара на здравни услуги, но в повечето страни държавата запазва първостепенната си роля в здравеопазването.

В настоящата статия ще бъде разгледан модела за разходване на средства в извънболничната и спешната помощ.

РАЗХОДВАНЕ НА СРЕДСТВА В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА И СПЕШНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Първичната медицинска помощ е първият контакт между пациента и здравната система при нововъзникнал здравословен проблем. Целта на първичната извънболнична медицинска помощ е да се осигури пълна грижа за здравето на населението през целия живот чрез координиране действията между отделните здравни подсистеми. В България извънболничната помощ е изцяло частна, основава се на общопрактикуващи лекари, съответно стоматолози и лекари-специалисти в индивидуални или групови медицински практики. Регистрации се извършват на териториален принцип, а НЗОК задължително сключва ежегодно договори за първична или специализирана извънболнична медицинска помощ. Здравноосигурените потребители имат право на свободен достъп до първична медицинска помощ, както и на свободен избор на общопрактикуващ лекар или лекар-специалист.

Основна роля на общопрактикуващите лекари на входа на здравната система е да регулират достъпа на здравноосигурени лица до здравни продукти. Има въведено ограничение за максимален брой записани пациенти при общопрактикуващ лекар, съобразен със значителния обем документооборот. Механизма за финансиране на извънболничната медицинска помощ е определен в разпоредбите на НРД. Личните лекари получават ежемесечно определена сума за всеки записан здравноосигурен пациент (капитация), такса за извършени дейности по съответни елементи (описани в НРД) и потребителска такса. Здравната каса финансира изцяло основния пакет здравни услуги, включващ:

- Здравно-информационни дейности;
- Промоция на здравето;
- Профилактика на болести;
- Диспансеризация;
- Контрол на инфекциозни заболявания;
- Диагностично-лечебна дейност (прегледи, домашни посещения, координация на здравна помощ между различните звена и др.);
- Медицинска експертиза.

Действащият модел на финансиране осигурява доходи на общопрактикуващия лекар от:

- Капитация – изпълнителят на медицинска помощ получава ежемесечно определена сума за всеки записан здравноосигурен пациент. Капитационните такси са диференцирани по възрастов признак, за потребителите до 18 и над 65 години имат най-

¹ Финансиране и управление на здравеопазването теоретични основи, модели, проблеми и тенденции. Министерство на финансите.

голяма тежест, но не са обвързани с предлагането на здравен продукт и с добавена стойност за пациента. Финансирането чрез капитацията е месечно предвидимо и стимулира общопрактикуващите лекари да предоставят здравни продукти, свързани с наблюдение и профилактика на записаните пациенти.

- Такса за дейност - съобразена е със специфичните нужди и проблеми на потребителите на здравни услуги. Финансирането на база извършена дейност е прозрачно и лесно приложимо – прилага се принципа „парите следват пациента“ и повишава производителността на изпълнителите.

- Потребителска такса - представлява 1% от минималната работна заплата за страната и не отчита реалната стойност на употребения здравен продукт. Има групи потребители, които са освободени или са с намалени потребителски такси, съгласно законодателството. Потребителската такса цели лична отговорност на пациентите и създаване на представа за полезна стойност на здравния продукт.

Денталната помощ се заплаща на база такса за извършена услуга от НЗОК и пациентите или само от пациентите. Цените по основния пакет, който се поема от НЗОК се договарят с Българския зъболекарски съюз и включва ограничен брой дентални услуги. Достъпът до дентални услуги се различава значително между градските и селските райони. Подобно на първичната медицинска помощ, и за денталната помощ НРД определя финансови стимули за обслужване на селски и отдалечени райони, които са конкретизирани по населени места.

Основните дейности на **специализираната извънболнична медицинска помощ** включват специализирани и високоспециализирани здравни продукти, доставяни от специалисти в различна област на медицината в индивидуални специализирани практики или лечебни центрове. Регистрират се в РЗОК. Системата на финансиране включва следните компоненти:

- Такса за извършена специализирана дейност – заплаща се по ред, определен в НРД. Тя е фиксирана според спецификата на здравния продукт и се договоря чрез преговори между Български лекарски съюз и НЗОК. Необходимо е да бъдат запазени записите на броя и вида здравни продукти, предоставяни на всеки осигурен потребител. Фиксираната такса води до насърчаване предоставянето на повече здравни продукти и нарастване разходите в подсистемата. Достъпът до специалисти е ограничен поради лимитирания обем здравни продукти, които се финансират от бюджета на НЗОК.

- Такса за диспансерен случай – заплаща се за определен случай, като стойността покрива целия набор необходими здравни продукти за профилактика, диагностика и лечение. Размера на приходите зависи само от броя диспансеризирани потребители.

- Потребителска такса в размер на 1% от минималната работна заплата за страната. Приходите зависят от броя посетители.

Няма оптимален метод за заплащане – всеки има предимства и недостатъци, като се търси баланс в институционалния контекст на икономическите и социални условия. Комплексното съчетаване на компонентите при финансиране на извънболничната помощ подобрява обсега на здравните продукти и допринася за предлагането им в работа с високорискови групи потребители и в труднодостъпни райони².

Спешна медицинска помощ е оказване на помощ на болни и пострадали пациенти, намиращи се в животозастрашаващо състояние. Тя включва всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма³.

Неотложна медицинска помощ е медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ на болни и пострадали лица, чийто живот не е пряко застрашен, но

² Mulligan P., Capitation: the wrong direction for primary care reform. Can Fam Physician, 2002, 48(2), 244-248

³ Наредба №25 от 04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ

които се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването⁴. Неотложна медицинска помощ се оказва безотказно и по всяко време на денонощието на всички нуждаещи се. Когато спешната медицинска помощ не е отделена от неотложната медицинска помощ, центровете за спешна медицинска помощ оказват неотложна медицинска помощ.

Основен принцип на функциониране на спешната помощ е своевременност на обслужването, гарантира се достъп до спешна медицинска помощ на всички български граждани и пребиваващи на територията на страната, независимо от техния пол, гражданство, религия, здравноосигурителен статус и др. Организацията, управлението и контролът на тази дейност се извършва пряко от Министерство на здравеопазването. Финансирането на спешната медицинска помощ се осъществява от републиканския бюджет.

Системата за спешна медицинска помощ е неразделна част от националната система на здравеопазване, като функционално обединява дейности и структури на системата при диагностика и лечение на лица със спешни състояния, осъществявани в извънболнични и болнични условия.

Извънболнична дейност - в България функционират на областен принцип 27 броя центрове за спешна медицинска помощ /ЦСМП/, които представляват лечебно заведение, в което медицински специалисти с помощта на друг персонал оказват спешна медицинска помощ на болели и пострадали лица в дома, на местопроизшествието и по време на транспортирането до евентуалната им хоспитализация⁵. ЦСМП е с непрекъснат денонощен режим на работа и осъществява дейността си при спазване изискванията на медицински стандарт "Спешна медицина".

ЦСМП извършва следната дейност:

- оказване на спешна медицинска помощ на болели и пострадали лица;
- предоставяне на специализиран спешен транспорт на пациенти, донори и органи, кръв, кръвни съставки и апаратура, републикански консултанти за оказване на спешна медицинска помощ;
- осъществяване на обучение на специализанти по спешна медицина и продължителна квалификация като база за обучение.

Според действащото законодателство общопрактикуващите лекари трябва да са на разположение и да осигуряват т.нар. неотложна помощ през нощта и през почивни и празнични дни. Тези задължения могат да бъдат осигурявани по телефон, чрез домашни посещения или могат да бъдат прехвърлени на групови практики, както и на други лечебни заведения (на разстояние не по-голямо от 35 км.). Така личните лекари се освобождават от денонощното обслужване на пациентите им и същевременно спешните медици се ангажират с обслужване и на неспешни пациенти. Тази законова недомислица води до нарастване риска от забавяне в оказването на медицински грижи на спешните пациенти и те биват застрашени. Негативите рефлектират върху спешната помощ, която съгласно нормативите трябва да е безотказна за всеки пациент, самопреценил се като спешен, дори и да не е такъв.

Болнична дейност на системата за спешна медицинска помощ представляват спешните отделения на болниците, разкрити в рамките на спешните болнични комплекси на лечебните заведения за болнична помощ. Спешната медицинска помощ в България е организирана на няколко равнища в зависимост от неотложността на състоянието – пациентите могат да посетят директно спешното отделение в болницата или да повикат линейка. Оказването на спешна медицинска помощ се осъществява от всички болнични

⁴ Наредба №10 от 31.05.1994 г. за неотложната медицинска помощ

⁵ Правилник за устройството и дейността на ЦСМП

заведения, като в част тях има разкрити специализирани структури за спешен прием на пациенти с разкрити спешни отделения, с възможност за спешна диагностика, лечение и наблюдение до 24 часа. Субсидирането е частично:

- от Министерство на здравеопазването за преминал, но не хоспитализиран пациент;
- от здравно-осигурителната каса за хоспитализиран здравноосигурен пациент;
- от самата болница – за здравно неосигурените пациенти, за които не се заплаща по линията на социалното подпомагане.

Факт е, че в България няма изчерпателна и точна правна уредба, конкретно насочена към структурата, организацията и регулирането на системата за спешна медицинска помощ, както и регламентираща връзката на спешната помощ с други структури при различни кризисни ситуации. Това определя необходимостта от реализиране на модел на единна многофункционална система на спешната медицинска помощ в България, основаващ се на добрите европейски практики за организация на спешната медицинска помощ и съобразена със специфичните за страната култура, ценности, традиции, реалности и цели.

Спешната помощ поема последствията от неуспехите на здравноосигурителния модел в България. Поради незадоволителното развитие на денонощното обслужване на осигурени пациенти, спешната помощ поема и тяхното лечение. Недофинансирането на лечебно-диагностичната дейност (лимита на медицински направления) в извънболничната помощ води до използването на спешната помощ като безплатен начин за лечебно-диагностична дейност и при нужда като безплатен вход към болничното лечение. Всички спешни пациенти, всички неосигурени пациенти и всички осигурени, решили да си спестят разходите по консултации в извънболничното здравеопазване, се обслужват от спешната медицинска помощ. Съгласно нормативната уредба спешната помощ е безплатна, но дали пациентът е спешен става ясно едва, след като е прегледан и/или изследван. В резултат на тези дефекти на системата, спешната помощ губи яснота за обекта на дейността си и своята идентичност и се превръща в безплатен денонощен достъп до медицинска помощ. Ролята на буфер влошава възможностите на спешната помощ да бъде своевременна и равнопоставена, като я превръща в удобен заместител на извънболнично и болнично здравеопазване.

Друг недостатък на дейността на системата за спешна медицинска помощ е липсата на национално утвърдена цялостна система за управление на качеството, включваща критерии и стандарти за качество, протоколи и алгоритми на поведение, както и система за мониторинг и оценка качеството на спешната медицинска помощ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Независимо от нарастването на бюджетните средства през последните години, системата за спешна медицинска помощ изпитва крещяща нужда от персонал и сериозен недостиг на финансови ресурси, свързани както с нарастването на цените на основните продукти и услуги – горива и енергия, медикаменти, застраховки и др., така и с възможностите за финансова мотивация на работещите⁶. Необходимо е функционално да бъдат интегрирани двете основни съставни части на системата – извънболнична и болнична спешна медицинска помощ, което да позволи непрекъсваемост на обслужването на спешния пациент и осигуряване на необходимите инвестиции в развитие на човешките ресурси, инфраструктурата и материално-техническата обезпеченост, за гарантиране на своевременност и качество на оказваната спешна медицинска помощ.

⁶ Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България 2014-2020

ЛИТЕРАТУРА

1. Mulligan P., Capitation: the wrong direction for primary care reform. *Can Fam Physician*, 2002, 48(2), 244-248.
2. Наредба № 25 от 04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ.
3. Наредба № 10 от 31.05.1994 г. за неотложната медицинска помощ.
4. Правилник за устройството и дейността на ЦСМП.
5. Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България 2014-2020.