



Република България
ИКОНОМИЧЕСКИ
И СОЦИАЛЕН СЪВЕТ

СТАНОВИЩЕ

ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ДОСТЪПА И КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНАТА ГРИЖА В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

(разработено по собствена инициатива)

София

февруари 2025 г.

Икономическият и социален съвет (ИСС) включи в Плана за дейността си за първото полугодие на 2025 г. разработването на становище на тема „Предизвикателства пред достъпа и качеството на здравната грижа в Република България“.

Разработването на становището бе разпределено на постоянната Комисия по социална политика. За докладчици по становището бяха определени д-р Иван Кокалов от II група и Елица Баракова от III група.

Външни експерти по настоящото становище са Надежда Цекулова и д-р Страшимир Генов.

Комисията по социална политика проведе две заседания – на 10.02.2025 г. и на 17.02.2025 г., като прие проекта на становище.

На своята пленарна сесия, проведена на 24.02.2025 г., ИСС прие настоящото становище.

НАЙ-ЧЕСТО ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АПр	Амбулаторна процедура
БМП	Болнична медицинска помощ
БВП	Брутен вътрешен продукт
БЗП	Български зъболекарски съюз
БЛС	Български лекарски съюз
БСК	Българска стопанска камара
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ДПБ	Държавна психиатрична болница
ЕС	Европейски съюз
ЗБНЗОК	Закон за бюджета на НЗОК
ЗЗ	Закон за здравето
ЗЗО	Закон за здравното осигуряване
ЗЛПХМ	Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
ЗМИ	Закон за медицинските изделия
ЗОЛ	Здравноосигурено лице
ИАЛ	Изпълнителна агенция по лекарствата
ИИ	Изкуствен интелект
ИМП	Изпълнители на медицинска помощ
ИМДП	Извънболнична медицинска и дентална помощ
ИБМП	Изпълнители на болнична помощ
ОИСР	Организация за икономическо сътрудничество и развитие
ИСС	Икономически и социален съвет
КП	Клинична пътека
КПр	Клинична процедура
КФН	Комисия за финансов надзор
ЛЗ	Лечебно заведение
ЛП	Лекарствени продукти
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение

МДД	Медико-диагностични дейности
МЗ	Министерство на здравеопазването
МИ	Медицински изделия
МФ	Министерство на финансите
НЗК	Национална здравна карта
НЗИС	Национална здравно-информационна система
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НИК	Национален имунизационен календар
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
СИМП	Специализирана извънболнична медицинска помощ
ЦПЗ	Център за психично здраве

1. Изводи и препоръки

1.1. Целта на това становище е да предизвика сериозен обществен дебат в България, като оцени от позициите на гражданското общество състоянието, проблемите и насоките за промяна на съществуващата здравна система, за да се гарантират правата и защитят интересите на осигурените лица, пациентите и на населението като цяло, както и да се гарантира и осигури прозрачност и информираност на обществото за състоянието, функциите, възможностите и пътищата за тяхната промяна, които са в състояние да подобрят системата.

1.2. ИСС винаги е поставял в центъра на своето внимание и дейност състоянието и функциите на здравната система в Р България и възможностите ѝ за осигуряване на добро здраве за българската нация.

1.3. В своята последователна и систематична визия ИСС винаги е приемал безалтернативно европейския принцип за здравето, който съгласно Европейската здравна стратегия е, че „Здравето е най-голямото богатство“. В този контекст здравната политика в страната следва да е в пълен синхрон с европейските принципи и практика в областта на здравеопазването¹. Ненапрасно ИСС в последните години има няколко становища, които се отнасят до здравната политика и практика в Р България.

1.4. ИСС напълно споделя релацията на здравето с икономическия растеж на страната. Здравето на населението е от съществено значение за икономическото развитие и икономическия растеж на Р България. Подобряването на здравословното състояние и увеличаването на очакваната продължителност на живота и на годините на живот в добро здраве води до по-продължителен и по-продуктивен трудов живот.

1.5. ИСС смята, че подобряването на достъпа и качеството на здравната грижа и на медицинската помощ в страната следва да е първостепенен фактор за оптимизиране на функциите и ефективността на здравната система, и оттам за подобряване на здравето на нацията.

1.6. ИСС със загриженост следи и констатира формираните вече постоянни негативни тенденции в общественото здраве²:

¹ Стратегия на ЕС в областта на световното здравеопазване, www.ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/bg/ip_22_7153;

² НСИ, www.nsi.bg; Въздействие на демографските промени в Европа, www.commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/new-push-european-democracy/impact-demographic-change-europe_bg; Демографска политика, МТСП, www.mlsp.government.bg/demografaska-politika; Бърдаров Г., Н.Илиева, Хоризонт 2030, Демографски тенденции в България, www.library.fes.de/pdf-files/bueros/sofia/14730.pdf;

- Здравно-демографска криза и лош здравен статус на населението; в проблемите на достъпа се включват и регионални икономически, социални и географски характеристики, като БВП, заплатите и пенсиите в дадена географска област на страната, ниво на бедност, дял на трудоспособното население, дял на безработицата, бизнес и инвестиционна активност, географски релеф, обществен транспорт, гъстота на пътната мрежа, дял на автомагистрала и първокласни пътища, дял на здравноосигурени лица и др.³;

- Липса на политическа воля и адекватна нормативна база за промени в здравната система, които ще осигурят равнопоставен и своевременен достъп, ефективност на вложените за здраве публични средства и качество на предоставяната медицинска помощ за всички граждани, независимо от социален, финансов и трудов статус;

- Приетите досега стратегически документи за реформи в здравеопазването се характеризират с липса на взаимна обвързаност, приемственост и последователност, недостатъчна прозрачност и отсъствие на консенсусно начало при разработката им, недостатъчното финансиране и не са подчинени на една обща концепция, която да обединява усилията на държавата, работодателите, работещите в сферата и населението за постигане на ново отношение към здравето на хората, вкл. реално подобряване на достъпа и качеството на здравната помощ

- Пренебрегват се инвестициите в дейности по профилактика и превенцията на заболявания и рискови фактори, тъй като в извънболничната помощ липсват достатъчно механизми, достатъчно медицински специалисти и мотивация за осъществяването на тези дейности;

- Отворена и силно либерализирана здравна система, в която всеки един нововъзникнал пазарен субект ползва публични ресурси, без доказана необходимост спрямо реалните здравни потребности на населението и без механизми за ефективен контрол върху здравните резултати на различните лечебни заведения, финансирани с публични средства. Това води до огромен натиск, в повечето случаи лобистки, върху системата на публично финансиране на здравеопазването;

България Здравен профил на страната 2023, OECD, European Observatory on Health System and Policies, https://www.oecd.org/bg/publications/2023/12/bulgaria-country-health-profile-2023_e40050b2.html; Health at a Glance: Europe 2024, OECD, www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html, 29.01.2025;

³ Регионални профили, Показатели за развитие, <https://www.regionalprofiles.bg/bg/>, 10.02.2025;

- Населението на страната намалява, броят на лекарите, особено в ПИМП, е един от най-ниските в европейските държави⁴, броят на медицински сестри е най-нисък в ЕС, а от друга страна, непрекъснато се увеличава броят на болниците и хоспитализациите⁵;

- Няма все още приета система за измерването на качеството и достъпа⁶ – оценката често се базира на количествени показатели, които не отразяват реалното качество на грижите. Липсва систематизиран метод за измерване на здравните резултати и удовлетвореността на пациентите. В страната има добър достъп за населението, което живее в или близо до големите градски конгломерати, в които са концентрирани много лечебни заведения, но този достъп е неравнопоставен за граждани, които живеят в отдалечени и трудно достъпни райони, както и граждани в неравностойно положение.

- Липсва ефективен контрол върху достъпа и качеството – съществуват разписани механизми за контрол, но на практика не се прилагат ефективно.

- НЗК не отразява адекватно здравните потребности на населението и към настоящия момент не изпълнява своята функция на стратегически план за разпределение на здравните ресурси – човешки, материални и финансови, съобразно реалните здравни потребности.

1.7. ИСС е съгласен, че системата на финансиране в страната е неефективна, като смята, че увеличаването на предоставените публични средства за здраве, без да е обвързано с подобряване на достъпа и качеството на предоставяната грижа, води до негативни резултати в нереформираната все още здравна система.

1.8. ИСС подчертава, че извънболничната помощ е с ниска ефективност и не разполага с необходимия капацитет – професионален и технически – както и мотивация за решаване на здравните проблеми на пациентите, които могат да се решат на това ниво. В някои региони липсват лекари и няма разкрити аптеки.

1.9. ИСС категорично смята, че ескалацията на хоспитализациите в България демонстрира двустранно негативна тенденция. От една страна, това е следствие от недостатъчната ефективност на извънболничната помощ, в която не се изпълнява основният нормативен принцип – на хоспитализация подлежат пациенти, при които

⁴ State of Health in the EU, България Здравен профил на страната, 2023, OECD;

⁵ <https://tradingeconomics.com/country-list/hospitals?continent=europe>, 29.01.2025;

⁶ Шаркова, М., Некачествената медицинска помощ като основание за гражданска отговорност – дисертационен труд;

лечебната цел не е достигната в извънболничната помощ⁷. От друга страна, много от тези пациенти се диагностицират и лекуват в условията на болнична помощ, в която здравните разходи многократно превишават тези за извънболнична помощ, а техният здравен проблем би могъл да се реши извън болниците.

1.10. ИСС констатира, че лица без здравни осигуровки ползват спешната медицинска помощ за прегледи, консултации и изследвания, които могат да се осъществят от лекарите от ПИМП и СИМП. Това натоварва спешната помощ с дейности, които не са включени в нейната мисия и функции.

Различни източници⁸ сочат като основна причина липсата на механизъм за достъп до извънболничната помощ за здравно неосигурени лица, живеещи в бедност и в риск от бедност; бариери са още високият дял доплащане „от джоба“; сложните бюрократични процедури за достъп до здравната система през механизмите за социална подкрепа, които са недостъпни за хора с по-ниска степен на грамотност; географски фактори и липса или недостиг на специалисти в даден регион.

1.11. ИСС счита, че все още остава неосъзнат и неприет позитивният ефект от намаляването на ДДС върху лекарствата и особено тези, които се заплащат с публични средства, респективно и тези средства, с които НЗОК заплаща за лекарствени средства. България е на трето място сред страните членки на ЕС по размер на ДДС върху лекарствата⁹. Високият ДДС, от една страна, затруднява достъпа до ЛП, поради формираните корелативно високи цени, а от друга страна, огромни по размер финансови средства от здравните осигуровки, вместо да се ползват за пациентите, се връщат чрез ДДС в държавния бюджет.

⁷ Чл.20 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, приета с ПМС № 119 от 22.05.2006;

⁸ WHO, Могат ли да си позволят хората да плащат за здравни услуги, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/359549/WHO-EURO-2022-5507-45272-64775-bul.pdf> ; UNICEF, Не/равно детство – цялостен анализ на детската бедност и социално изключване в България, [https://www.unicef.org/eca/media/22141/file/Deep Dive Bulgaria – Main Report BG.pdf.pdf](https://www.unicef.org/eca/media/22141/file/Deep_Dive_Bulgaria_-_Main_Report_BG.pdf.pdf); ЕС, Living conditions in Europe – health conditions – https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_health_conditions

⁹ДДС (VAT): Дания – 25%, Ирландия-23%, България – 20%, Словакия – 10%, Австрия – 10%, Естония – 9%, Румъния – 9%, Гърция – 6%, Унгария – 5%, Испания – 4%, Франция – 2,1%, Швеция – 0%, Малта – 0%. В Гърция лекарствата по лекарско предписание имат ставка на ДДС е 6%, а стандартната ставка на ДДС е 23%, в Македония първата група лекарства – по лекарско предписание имат ставка на ДДС 5%, а стандартната ставка за останалите е 18%, В Сърбия за първата група има ставка 10%, а стандартната ставка на ДДС е 20% и в Турция за първата група лекарства ставката на ДДС е 8%. www.statista.com/statistics/458957/vat-rate-on-prescription-only-drugs-in-europe/; Panov, V., Value added tax on medicines in EU countries, Department of Conservative Dentistry and Oral Pathology, Faculty of Dental Medicine, Medical University, Varna; DOI: 10.18044/MEDINFORM.202072.1227;

Поради по-ниските цени, формирани на базата на нисък ДДС, българските граждани масово купуват лекарства с рецепта от съседните държави. В по-голямата си част всички европейски държави имат диференцирана ставка на ДДС за ЛП и МИ.

1.12. ИСС констатира с тревога, че често пациентите продължават да доплащат „от джоб“ необосновани като размер и причини лични финансови средства за медицински услуги, въпреки че са здравно осигурени. Държавата от своя страна не контролира и не управлява този процес.

1.13. ИСС със загриженост разглежда състоянието на здравеопазването за бременните и майките. Страната ни трайно е сред държавите в ЕС с най-висока детска смъртност¹⁰ и нисък обхват на АГ помощ за здравнонеосигурени жени. Спада броят на прегледите по програма „Майчино здравеопазване“, заплащана с публични средства.

1.14. ИСС констатира, че в сферата на детското здравеопазване съществуват проблеми с качеството и достъпа: критичен недостиг на специалисти по тесни педиатрични специалности, както и на медицински сестри с педиатричен профил в цялата система, което в последните години вече води до ефективно затваряне на ключови звена или преустановяване на дейности.

В педиатричните звена в публичните ЛЗ системно се заместват инвестициите с дарителски инициативи (Българската Коледа, Проект „Светулка“ и др.). Голям дял от продължаващото лечение на деца, както и скъпоструващото лечение в чужбина на деца, също системно се осъществява с дарителски средства¹¹.

1.15. ИСС с тревога констатира, че липсва целенасочена политика¹² за здравна грижа при възрастното население и лицата в неравностойно положение. Липсват достатъчно лечебни заведения от типа на хосписите и легла за дългосрочни грижи, в които възрастните хора да бъдат обгрижвани, както и финансиране с публични средства на този престой. Това налага извънредно големи разходи за тези хора и техните близки, които в много случаи са непосилни за тях.

ИСС констатира, че секторът на дългосрочните здравни грижи в България за лицата в неравностойно положение е неразвит, с недостатъчно публично финансиране и неясно разпределение на отговорностите по това, недостатъчен брой персонал, липса на

¹⁰ Шаркова, М., Цекулова, Н., Атиас, К., Механизми за разпределение на ограничени ресурси в системата на здравеопазване в България, <https://bghelsinki.org/bg/reports/mehanizmi-za-razpredelenie-na-ogranicheni-resursi-v-sistemata-na-zdraveopazvaneto-v-bylgarija>;

¹¹БДФ, Дарителството в България през 2023 г., <https://dfbulgaria.org/wp-content/uploads/2024/11/bdf-giving-analysis-2023-f.pdf>

¹² Европейска комисия; http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_bg.htm;

регламенти за трудово-правните отношения в режима на специализираните здравни грижи и др.

ИСС обръща внимание, че предоставянето на здравни услуги и дългосрочните грижи при хората с ментални проблеми са недобре организирани, недостатъчно финансирани и неефективни.

1.16. ИСС обръща внимание, че успешната политика за подобряване на достъпа и качеството на здравната грижа за уязвими групи чрез назначаване на здравни медиатори в общността, следва да бъде подкрепена активно от държавата.

1.17. ИСС с удовлетвореност констатира, че България е постигнала напредък по отношение на здравноинформационната си система¹³, насочена към подобряване на достъпа до здравни услуги, тяхната координация и непрекъснатост. През 2021 г. НЗИС е допълнена с електронни медицински направления за извънболнична помощ и електронни медицински рецепти, а през 2022 г. — с електронни медицински направления за хоспитализация и цифровизация на медицинските досиета. Възможни са и консултации с ОПЛ от разстояние с цел да се подпомогне предоставянето на рутинни услуги, въпреки че те не се покриват от социалното здравно осигуряване.

В същото време ИСС намира темповете за въвеждане и синхронизиране на електронните процеси в системата за неудовлетворителни, а публичното отчитане на данните – недостатъчно надеждно.

1.18. ИСС категорично застава на позицията, че е задължително да се подготви цялостен анализ на състоянието и ефективността на здравната система с разбираемо формулирани, прозрачни и ясни изводи (вкл. и причините за негативните явления в здравната реформа и недостатъците в системата на здравеопазване). На основата на резултатите от този анализ следва да се пристъпи към разработване на концептуалните насоки за осъществяване на систематични и социално приемливи промени в достъпа и качеството, които да обхващат цялата здравна система.

1.19. ИСС винаги е заставал на позицията, че финансирането на здравната система, в т.ч. и заплащането с публични средства на лечебните заведения, следва да е обвързано с резултатите от дейността, както общо за системата, така и по лечебни заведения.

1.20. ИСС призовава държавата да предприеме мерки за повишаване на събираемостта на здравни вноски от работещи в сивия сектор и идентифициране на

¹³ State of Health in the EU, България Здравен профил на страната, 2023, OECD;

неплатежоспособни лица, които подлежат на осигуряване от държавата по социални критерии, като същевременно трябва да се създаде информационна система с пълна и ясна информация.

1.21. ИСС счита, че следва да се осъществят нормативни промени, които да гарантират публична и адекватна отчетност за реалните разходи и резултати в сектора на здравеопазването. Това от своя страна ще засили обществения контрол върху дейността на лечебните заведения и разходите, извършвани от тях.

1.22. ИСС призовава да се създадат нормативни разпоредби с конкретни стъпки и механизми за преодоляване на проблема с недостига на общопрактикуващи лекари и специалисти в повечето региони – облекчени условия за създаване на практики за ПИМП и СИМП и съдействие от страна на общините, особено тези с недостиг на ПИМП и СИМП; утвърждаване на законови възможности за общините да финансират някои елементи от издръжката и/или дейността на ОПЛ, създаване на нормативна възможност лечебни заведения за болнична помощ в труднодостъпни райони да осъществяват пакета извънболнична помощ със свои екипи или част от него – напр. скрининг, регламентирани и финансиране на дейността на мобилни екипи и др. По същия начин следва да се създадат условия за работа на денталните лекари в тези региони.

1.23. ИСС счита, че е крайно необходимо да се въведе диференцирана ставка на ДДС при ЛП и МИ. Тези, които се заплащат с публични средства, следва да имат много нисък ДДС. Това определено ще подобри достъпа до ЛП и МИ.

1.24. ИСС смята, че е необходимо да се подобри физическият достъп – разширяване на броя на лечебните заведения в отдалечени райони и механизмите за оказване и заплащане с публични средства на мобилна и дистанционна медицинска помощ;

1.25. ИСС призовава да се осъществят нормативни промени, които да позволят местните власти в общините да имат възможността да отделят финансови средства за привличане на медицински специалисти в региона – заплати, допълнително материално стимулиране и др.

1.26. ИСС счита, че следва да се направят промени в нормативната разпоредба, като се дадат по-широки възможности на помощник-фармацевтите да създават аптеки в отдалечени и труднодостъпни райони, като същевременно се регламентират и мотивиращи условия за разкриването и работата на тези аптеки.

1.27. ИСС счита, че нормативните промени, насочени към подобряване на достъпа и качеството, следва да се разглеждат едновременно с реформи в системата на финансиране на здравеопазването, като последните са обект на предложения в друго и различно становище на ИСС.

1.28. ИСС призовава за изграждане на единна система за интегрирани медико-социални грижи, заплащана с публични средства за възрастните и социалните групи в неравностойно положение.

1.29. ИСС счита, че ЛЗ в страната имат висок капацитет и квалифициран персонал за инициране и прилагане на организационни мерки, а именно:

- Засилване на вътрешния контрол в лечебните заведения на базата на разработени протоколи, медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика – редовни проверки и независими медицински одити¹⁴;
- Изграждане на култура на безопасност – създаване на механизми за вътрешен анализ на нежелани събития и публично оповестяване на данни за качеството;
- Подобряване на комуникацията с пациентите чрез създаване на пациентски центрове за информация и провеждане на анкети за удовлетвореност в лечебните заведения, с механизъм за анализ и отчитане на обратната връзка;
- Оптимизиране на интегрираните социално-здравни механизми за по-ефективен достъп до здравни грижи на здравно неосигурените лица от уязвими групи.

1.30. ИСС определено смята, че НЗК следва да се превърне в реален стратегически план за финансиране и разпределение на материални и човешки ресурси, като тя трябва да се разработва, без да се правят лобистки компромиси и необосновано сключване на договори над посочения по вид и брой легла по региони и за страната, за да се решат регионалните диспропорции в здравните ресурси. Необходимо е актуализиране и динамично наблюдение на НЗК при издаване на разрешения от МЗ за създаване на лечебни заведения.

1.31. Според ИСС е необходимо да се разработят диагностично-лечебни алгоритми (протоколи), както и правила за добра медицинска практика, което би спомогнало за оценка на пакета от медицински и немедицински дейности, които се

¹⁴ Шаркова, М., Некачествената медицинска помощ като основание за гражданска отговорност – дисертационен труд;

заплащат на лечебните заведения, и също ще допринесе за подобряване на качеството на здравната помощ¹⁵.

1.32. ИСС категорично заявява, че е против снижаването на изискванията на утвърдените медицински стандарти и изискванията в НРД. Това нарушава достъпа и качеството на предлаганите медицински услуги с непрогнозируеми последици за пациентите.

1.33. ИСС призовава институциите, отговорни за достъпа и качеството на здравната помощ в страната, да насърчат подобряване на организацията на наличните ресурси – взаимодействието между различни ЛЗ, включително създаване на повече механизми за финансиране при обмен на специалисти и съвместни мултидисциплинарни екипи; въвеждане на телемедицински технологии и заплащането им с публични средства.

1.34. ИСС винаги е считал, че профилактиката и превенцията в извънболничната помощ трябва да са едни от фокусите на внимание на здравната система. Необходимо е непрекъснато да се търсят възможности за разширяване на пакета с профилактични дейности, като едновременно с това се преосмислят и разширят възрастовите граници, както и адекватно да се финансират профилактичните дейности и скрининг за заболяванията, даващи най-голяма заболеваемост и смъртност – онкологични, сърдечносъдови и неврологични.

1.35. ИСС смята, че е необходимо да се разширят възможностите на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, здравните асистенти за осъществяване на професионалните си дейности, които могат да извършват по назначение или самостоятелно, като законово се създадат и дефинират мотивиращи условия за разкриване на сестрински практики или амбулатории за другите специалисти в отдалечени и труднодостъпни райони, включително, като се регламентира заплащането на тези самостоятелни дейности с публични средства.

1.36. Необходимостта от развитие на сектора във връзка с нарастване на търсенето предполага повече обучени специалисти, социален диалог, мотивиращо заплащане и подобряване на условията на труд. Публичното финансиране в този сектор следва да бъде увеличено чувствително.

¹⁵ Петрова, Златица., Т. Черкезов, Р. Златанова-Великова, Е. Петрова-Джеретто, А. Гигова, Риск базирани проверки в здравеопазването, 2019, София;

1.37. ИСС счита, че спешната помощ следва да се реструктурира с нови и високотехнологични средства, като за работещите трябва да се създадат достатъчно добри мотиви за работа.

1.38. ИСС смята, че са крайно необходими конкретни практически решения и адекватно публично финансиране на реална и ефективна интегрирана (медико-социална) здравна грижа за хората, нуждаещи се от такъв вид грижа.

1.39. ИСС счита, че лечебните заведения за болнична помощ следва да се създават и регистрират не по Търговския закон, а по специален закон.

1.40. ИСС призовава държавата да инвестира в съществуващите, а при нужда – и в нови малки болници в отдалечените и трудно достъпни региони, за да се осигури достъп на населението в тези региони до специализирана и болнична помощ от най-ниско ниво на компетентност¹⁶.

1.41. ИСС счита, че е повече от необходимо да се въведе разумна законова регулация за разкриване на болници, които декларират намерения за ползване на публични средства за осъществяване на своята дейност. Създаването на нови болници, което влиза в задълженията за регулация на държавата, следва да се осъществява на основание на реалните здравни потребности на населението, а не като следствие на частни и самоцелни инвестиционни интереси.

1.42. ИСС споделя мнението, че НРД би могъл да се третира като „Покана за участие в търг“. Необходимо е да се насърчи дискусия за постигане на консенсус, за да се премахне възможността за лобизъм и обструктивна тактика, и да се намали възможността за политически или съсловен натиск над НЗОК. Това може да се постигне, като преговорите се организират от БЛС, но болниците получат възможността да договарят директно.

1.43. ИСС винаги е заявявал, че клиничните пътеки, които бяха въведени временно като механизъм за заплащане, следва да се използват само като диагностично-лечебни алгоритми за качество и изисквания за договориране, но не и като система за финансиране. Крайно време е да се подготви и внедри по-ефективна и прозрачна система за финансиране на болничната помощ.

1.44. ИСС напомня, че в свое предишно становище – „Европейската стратегия за полагането на грижи – насоки за приложението ѝ в България“ през 2023 г. е изразил вече

¹⁶ Такава система (Critical Access Hospitals, CAH) работи в САЩ, като за всеки регион болницата се финансира от федералното правителство;

своята категорична позиция, а именно, че на здравната система в Р България ще бъде необходим все по-голям капацитет за дългосрочни грижи и развитие на здравни и интегрирани здравно-социални услуги и мрежи за солидарност и грижи. Препоръки с насоките за изграждане на устойчива и развита система за дългосрочни грижи са посочени в цитираното становище на ИСС.

ИСС счита, че е крайно необходимо увеличаване на болничните легла за дългосрочна грижа и разработване на мотивиращи изисквания и условия за работа на хосписите.

1.45. ИСС счита, че е необходимо активно и целенасочено да се изведат дейности от болнична помощ, включени в КП, които могат да се осъществяват в условията на извънболнична помощ при спазване на медицинските стандарти и изискванията за достъп и качество.

1.46. ИСС категорично заявява, че фокусът на всички усилия трябва да бъде в развитието и реализацията на човешките ресурси в здравеопазването. Необходима е ясна и целенасочена държавна политика за повишаване на привлекателността на медицинските професии, мотивиране на медицинските специалисти за работа в България и намаляване на миграционните процеси, вкл. и приемане на Национална стратегия за човешките ресурси в българската здравна система.

1.47. ИСС счита, че следва да се подобри системата за мотивация на медицинските специалисти за работа в труднодостъпни и отдалечени региони.

1.48. ИСС смята, че повишаването на квалификацията на персонала – подкрепа на обучения, тренинги и участие в международни форуми на представителите на всички медицински професии по дадени критерии, подобрява достъпа и качеството на предоставяната медицинска помощ.

1.49. ИСС смята, че следва поетапно да се разширява номенклатурата на лекарствени продукти и медицински изделия, които се заплащат изцяло и са свързани със заболявания с най-висока разпространеност и социална значимост в страната.

1.50. ИСС настоява за въвеждане на диференцирана ставка на ДДС за лекарствени продукти и медицински изделия, като за тези, които се заплащат с публични средства, размерът на ДДС следва да е много по-нисък.

1.51. ИСС приветства създаването на НЗИС и електронизацията на повечето процеси в здравната система, като счита, че въвеждането на съвременни дигитални

технологии има потенциал да подобри достъпа и качеството на предлаганата здравна помощ.

1.52. ИСС призовава държавните институции да работят активно в посока на ускоряване на дигитализацията, която да обхване всички сектори на здравната система, вкл. унифициране, верифициране и анализ на данните за целите на епидемиологията и публичните политики, разширяване на възможностите, които се предоставят на медицинските специалисти и пациентите за ползване на електронни документи и здравното досие, телемедицина и др.

1.53. ИСС счита, че дигитализацията в здравната система следва да обхване всички процеси и свързаните с тях документи, като едновременно с това се създаде рамка за внедряването, прилагането и финансирането на дейности, използващи технологиите на изкуствения интелект.

ИИ има огромен потенциал да оптимизира начините, по които се предоставя здравната грижа, да се подобрят медицинските решения, диагностиката и лечението на пациентите. С помощта на ИИ е възможно да се създадат медицински планове за здравна грижа в контекста на персонализираната медицина, която е адаптирана към генетичния профил на пациента и здравното му състояние.

1.54. ИСС категорично смята, че в областта на опазването на менталното здраве и предоставянето на здравни услуги са необходими спешни реформи. Те следва да се инициират и осъществяват при международно, национално и междусекторно сътрудничество с участието на всички заинтересовани страни и приобщаващо участие в изпълнението на мерките и инициативите.

1.55. ИСС призовава незабавно започване на работата на Националния съвет по психично здраве, с цел изработване на „път на пациента“, координация на дейността на различните структури в здравната и социалната системи и планиране на нуждата от нови услуги, за да се подобри достъпът и качеството на здравната грижа за хората с ментални проблеми.

1.56. ИСС счита, че създаването и финансирането на интегрирани здравно-социални услуги за ментално здраве в общността гарантират реален достъп и качество до психиатричната медицинска помощ, и подкрепящи терапевтични услуги.

1.57. ИСС призовава настойчиво за незабавно увеличение на здравните и социалните разходи за ментално здраве, като счита, че е необходимо разработване на

нови системи за финансиране на ДПБ и ЦПЗ, както и осигуряване на мотивиращо заплащане и подобряване условията на труд на работещите в тези лечебни заведения.

1.58. ИСС счита, че е наложително изработване на нов медицински стандарт по Психиатрия и правила за добра медицинска практика, основани на актуални медицински доказателства и международни професионални консенсуси.

2. Настояща ситуация в здравната система. Ресурси на здравеопазването в страната – човешки, материални и финансови

2.1. Политиките в областта на здравеопазването са свързани с приетите стратегически документи – Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012 – 2030 г.); Национална здравна стратегия 2030; Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020; Национална стратегия за дългосрочна грижа; Национална стратегия за психично здраве на гражданите в България 2021 – 2030 г.; Национален план за борба с рака в България; Национална концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България (2012 – 2030 г.); Национална стратегия за психичното здраве на гражданите в Р България¹⁷.

Качеството и достъпа на медицинската помощ са дефинирани, съгласно поетите международно правни ангажименти на страната¹⁸ и са заложи в основните нормативни документи – ЗЗ, ЗЗО, ЗЛЗ, Наредба за осъществяването правото на достъп до медицинска помощ, Решение¹⁹ № 32/1998 г. на Конституционния съд, НЗК и др.²⁰.

2.2. В сферата на човешките ресурси, ангажирани на работа в отрасъл „Здравеопазване“, съществуват огромни диспропорции.^{21, 22} България е на второ място (след Гърция) и е пред всички останали държави членки с 384,82 лекари на 100 000 население. Въпреки високото равнище на брой лекари в България, налице са безпрецедентни диспропорции – неравномерно разпределение на завършилите висше медицинско образование, първо, като брой в различните региони, и второ – в различни специалности, като има недостиг на специализанти и специалисти по обща медицина,

¹⁷ Публикувани в сайта на МС,МЗ,МТСП, 28.01.2025;

¹⁸ WHO, Constitution, <https://www.who.int/about/governance/constitution>;

¹⁹ КС, Дело 32/1998 г., <https://www.constcourt.bg/bg/case-302>;

²⁰ Шаркова, М., Некачествената медицинска помощ като основание за гражданска отговорност – дисертационен труд;

²¹ Key Figures in Europe, 2024 Edition, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/>, 29.01.2025;

²² Eurostat, www.ec.europa.eu/eurostat/data/database, 29.01.2025;

инфекциозни болести, анестезиология и интензивно лечение, психиатрия. Показателно е, че 7322 от общо 29 991 лекари или близо 25% работят в София.

Налице са също така трудности при набирането на дипломирани лекари, които да заменят застаряващата работна сила в селските райони. По брой ОПЛ България се намира на едно от последните места с 60,44/100 000 население.

По брой медицински сестри България се намира на предпоследно място (преди Гърция) сред държавите членки на ЕС с 422/100 000²³, като по данни на съсловната организация, 1/3 от работещите са в пенсионна възраст.

Равнищата на скрининг за рак в България са сред най-ниските в ЕС, като са налице значителни социално-икономически и географски различия²⁴. Наред с това годишните отчети на НЗОК показват сравнително нарастване, но все още ниски нива на профилактичните прегледи, осъществени в извънболничната помощ, както и недостатъчен обхват на прегледите по програми „Майчино здравеопазване“ и „Детско здравеопазване“.

Проблемите в психиатричната система са хронични и задълбочаващи се. Трябва да се отбележи сериозен дисбаланс между отделните професионалисти – психиатри, психотерапевти, социални работници, психолози, медицински сестри, парамедицински и друг персонал.

Броят болнични легла – 823,49/100 000 население за 2022 г. в България е най-висок в сравнение с останалите държави от ЕС и някои извъневропейски държави.

Страната ни е с най-голям брой хоспитализации на 100 000 души население в Европейския съюз – около 29 000. Това е двойно над средните за съюза нива (около 16 000 хоспитализации на 100 000 население) и със значима преднина пред Германия и Австрия, които са втора и трета с около 22 000 хоспитализации.

България се намира на първо място в Европа по брой болници на 1 000 000 население – 53/1 000 000.^{25, 26, 27}

През 2024 г. са осъществени 2 300 000 хоспитализации срещу около 2 000 000 за 2023 г.²⁸

²³ Statista, www.statista.com/statistics/283124/selected-countries-nurses-per-1-000-inhabitants, 28.01.2025/;

²⁴ State of Health in the EU, България Здравен профил на страната, 2023, OECD;

²⁵ <https://tradingeconomics.com/country-list/hospitals?continent=europe>, 29.01.2025;

²⁶ <https://dnes.dir.bg/obshtestvo/balgariya-e-na-parvo-myasto-v-es-po-broy-bolnitsi-na-edin-milion-naselenie>, 29.01.2025;

²⁷ <https://www.privatehospitals.eu>, 29.01.2025;

²⁸ НС на НЗОК, www.nhif.bg, 31.01.2025;

2.3. Създаването на все по-голям брой лечебни заведения за болнична помощ и разкриването на нови дейности във вече съществуващи такива не корелира със здравните нужди на населението, нито със степента на нарастване на публичните средства за здраве.

Едно изключително важно последствие от изложеното по-горе е, че настъпва относителна недостатъчност на специалисти или специалистите са принудени да „обикалят няколко болници“. От друга страна, нараства и броят на администрацията, управляваща тези болници.

2.4. ИСС нееднократно е подчертавал изключително ниския размер на публичните разходи за здраве на глава от населението (989,8 евро за 2022 г.), по който България се намира на предпоследно място сред държавите от ЕС (преди Румъния). Публичните източници в страната представляват 65% от общите разходи за здраве, докато средната стойност на публичните разходи в ЕС е 81%. Частните плащания в България съответно са 35% – много над средния за ЕС – 15% – 19%, което е предпоставка за ограничения в достъпа.

2.5. Налице е висок дял раждания с cezарово сечение и на новородени, които се лекуват от предотвратими състояния в дните непосредствено след раждането си²⁹. Те са индикация за неидентифицирани или negliжирани проблеми с достъпа и качеството на акушерската помощ, гарантирана по Конституция на всички бременни и родилки, както и на ранната педиатрична грижа, на която имат право всички деца, които по закон са ЗОЛ. Налице е нисък обхват на акушерската помощ за проследяване на бременността на здравно неосигурени бременни жени по реда на Наредба 26/2007 г. на МЗ³⁰ – за 2023 г. едва 3170 жени (при 4967 раждания на здравно неосигурени жени в същия период) са получили средно по 1,4 прегледа и са им назначени средно по 0,6 МДД за целия период на бременността. Ефективността на програма „Майчино здравеопазване“, заплащана с публични средства, е ниска: средният брой прегледи на бременна жена е намалял от 5,5 (предходната година) на 4,7 през 2022 г.

2.6. Недостатъчен обхват на задължителните профилактични прегледи – средно 9,3 до 9,5 от 12 задължителни прегледа във възрастта 0 – 1 г. и средно 2,8 – 2,9 прегледа от 4 задължителни във възрастта 1 – 2 г., недостатъчен обхват на задължителните

²⁹ Clinica, bg, Ражданията през 2023 г., <https://clinica.bg/27452-rajdaniqta-prez-2023-g->;

³⁰ НМД, Майчино здраве и майчина смъртност, Бележник 2024, https://nmd.bg/wp-content/uploads/2024/04/belejnik2024_web_low-res.pdf;

имунизации³¹ и крайно незадоволителен на препоръчителните от НИК³² – имунизации против HPV и ентеровирусни инфекции.

3. Заключение

ИСС обръща внимание на необходимостта от надграждане и синхронизиране на съществуващите документи и нормативна уредба в българският правен мир, засягащи предоставянето на здравни услуги и чувствителното подобряване на достъпа и качеството им, в контекста на предложенията, представени в становището.

ИСС оценява като изключително важна постановката, че промените в здравната система следва да обхващат комплексно не само здравната система и системата на здравното осигуряване, в контекста на здравната реформа, но и цялата обществена система. Организацията и провеждането на тази дейност е приоритетна задача на Народното събрание, правителството, социалните партньори, съсловните и пациентските организации и всички други правителствени и неправителствени организации, които имат отношение към проблемите на здравеопазването.

ИСС смята, че има необходимост от засилване на междусекторния диалог за здравните и социалните услуги, за да се гарантира ефективно, качествено и ефикасно прилагане на дългосрочни грижи. Здравната система в България следва да се престрои от такава, която е организирана около активен и епизодичен модел за грижи, към балансиран модел с разширяване на възможността за полагане на интегрирани здравни грижи. Това се налага поради отчетените неблагоприятни демографски данни и нарастващо предизвикателство да се предоставят грижи съответстващи на потребностите на населението с необходимите достъп, равнопоставеност, социална приемливост и качество.

Поради посочените вече причини ИСС счита, че от изключителна важност е постигането на консенсус между политическите и обществените организации за осигуряване на приемственост и последователност в разработването и изпълнението на здравната политика.

ИСС е убеден, че не съществуват обществени съмнения относно потребността от здравна реформа в България като обективен и необратим процес. Затова ИСС счита, че нашата страна и българското общество разполагат с необходимия ресурс – финансов,

³¹ НЦОЗА, Извършени имунизации и реимунизации, <https://ncpha.government.bg/index/169-izvursheni-imumizacii-i-reimumizacii.html>;

³² НЗОК, www.nhif.bg;

научен, интелектуален, професионален и технологичен, за изграждане на здравна система, която да осигурява социално справедливо, качествено и достъпно здравно обслужване за всички граждани, независимо от техните приходи, обществен статус и жизнен стандарт.

Заставайки на тези принципни позиции, ИСС приема настоящото становище като следваща стъпка в развитието на диалога, търсенето на консенсус и реални практически решения за постигане на най-добър статус за националното здраве.

/п/

Зорница Русинова

ПРЕДСЕДАТЕЛ НА ИКОНОМИЧЕСКИ И СОЦИАЛЕН СЪВЕТ