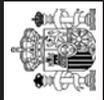




.be



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Швеции, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен» - это всесторонние обзоры, созданные по единым стандартам и позволяющие проводить сравнения систем здравоохранения разных стран. Обзоры освещают как современное состояние, так и начавшиеся и будущие реформы систем здравоохранения.

ISSN 2072-3555



Редакторы:  
Ольга Авдеева • Мелинда Элиас

Системы здравоохранения: время перемен. Болгария

Том 9 №1 2007

Лидия Георгиева • Петко Салчев  
Ростислава Димитрова • Антония Димова  
Ольга Авдеева

Системы здравоохранения: время перемен  
Том 9 №1 2007

# Болгария

## Обзор системы здравоохранения

Европейская  
**обсерватория**  
по системам и политике здравоохранения



# Системы здравоохранения: время перемен

Авторы:

**Лидия Георгиева**, *MARSH – Болгария, София*

**Петко Салчев**, *факультет социальной медицины и управления здравоохранением, Медицинский университет, София*

**Ростислава Димитрова**, *Европейский парламент, Брюссель*

**Антония Димова**, *факультет управления здравоохранением, Медицинский университет, Варна*

**Ольга Авдеева**, *Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

Редакторы:

**Ольга Авдеева**, *Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

**Мелинда Элиас**, *Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

## Болгария:

обзор системы здравоохранения

2007



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

**Ключевые слова:**

**ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ  
ФИНАНСИРОВАНИЕ, ЗДОРОВЬЕ  
РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – организация  
и управление  
БОЛГАРИЯ**

© Всемирная организация здравоохранения 2007 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Дания

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти, или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

**Ссылка на исходный документ:**

Georgieva L, Salchev P, Dimitrova S, Dimova A, Avdeeva O. Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2007; 9(1): 1–156.

# Содержание

Предисловие .....	vii
Благодарности .....	ix
Список сокращений.....	xi
Список таблиц и рисунков.....	xii
Аннотация .....	xv
Основные положения.....	xvii
1. Введение .....	1
1.1 Обзор системы здравоохранения .....	1
1.2 География и социодемография .....	5
1.3 Экономика .....	7
1.4 Политика.....	9
1.5 Состояние здоровья населения .....	11
2. Организационная структура и управление .....	16
2.1 Историческая справка.....	16
2.2 Организационная структура.....	19
2.3 Децентрализация и централизация.....	27
2.4 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения.....	29
2.4.1. Права пациентов .....	29
2.4.2. Право пациента на выбор врача и медицинского учреждения .....	30
2.4.3. Информация, предоставляемая пациентам .....	31
2.4.4. Процедуры обжалования .....	33
2.4.5. Безопасность пациентов и компенсации .....	36
2.4.6. Участие и вовлеченность пациентов в деятельность системы здравоохранения .....	37
3. Финансирование .....	39
3.1 Расходы на здравоохранение .....	42

3.2 Охват населения услугами здравоохранения и право на медицинскую помощь .....	51
3.3 Сбор и источники финансовых средств.....	56
3.3.1. Обязательные платежи .....	57
3.3.2. Добровольное медицинское страхование .....	59
3.3.3. Личные расходы граждан .....	61
3.3.4. Внешние источники финансирования .....	65
3.3.5. Другие источники финансирования.....	66
3.4 Объединение финансовых средств .....	66
3.4.1. Ведомства, занимающиеся сбором финансовых ресурсов, и механизмы распределения средств .....	67
3.5 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками .....	68
3.6 Механизмы оплаты .....	70
3.6.1. Оплата медицинских услуг .....	71
3.6.2. Оплата труда медицинских работников .....	74
4. Планирование и регулирование .....	77
4.1 Регулирование .....	77
4.1.1. Регулирование и управление плательщиками третьей стороны .....	78
4.1.2. Регулирование деятельности производителей медицинских услуг .....	80
4.1.3. Регулирование и управление процессом закупок медицинских услуг.....	83
4.2 Планирование и управление медицинской информацией .....	85
5. Материальные и трудовые ресурсы .....	89
5.1 Материальные ресурсы .....	89
5.1.1. Инфраструктура .....	89
5.1.2. Основные фонды и капитальные вложения .....	91
5.1.3. Информационные технологии .....	95
5.1.4. Медицинское оборудование, приборы и аппараты .....	96
5.1.5. Лекарственные средства .....	96
5.2 Трудовые ресурсы.....	101
5.2.1. Медицинские кадры: основные тенденции .....	101
5.2.2. Планирование медицинских кадров .....	106
5.2.3. Подготовка медицинских кадров .....	107
5.2.4. Регистрация и лицензирование .....	109
5.2.5. Возможности развития карьеры врачей.....	109
6. Предоставление медицинских услуг .....	111
6.1 Общественное здравоохранение .....	111
6.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения .....	113

6.3 Первичная /амбулаторная медицинская помощь .....	116
6.4 Специализированная амбулаторная/ стационарная медицинская помощь .....	118
6.5 Скорая и неотложная медицинская помощь .....	121
6.6 Медикаментозная помощь .....	125
6.7 Реабилитационная медицинская помощь .....	129
6.8 Долговременная помощь .....	130
6.9 Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными.....	131
6.10 Паллиативная помощь .....	132
6.11 Охрана психического здоровья.....	133
6.12 Стоматологическая помощь .....	136
6.13 Дополнительная и альтернативная медицина .....	137
6.14 Медицинское обслуживание отдельных групп населения ....	138
7. Основные реформы в области здравоохранения .....	141
7.1 Анализ последних реформ .....	141
7.2 Перспективы развития.....	147
8. Оценка системы здравоохранения.....	157
9. Заключение .....	169
10. Приложения .....	171
10.1 Библиография .....	171
10.2 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» .....	174



## Предисловие

**К**аждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – тех, которые уже реализуются, и тех, которые находятся в стадии разработки. Эти обзоры составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработан единый формат обзора – подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Этот формат периодически пересматривается; он не является жестким и позволяет авторам составить обзор с учетом конкретных особенностей своей страны. Цель обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» состоит в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения в странах Европы. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников систем здравоохранения;
- описать организационную структуру, а также процессы подготовки и реализации программ реформ здравоохранения и их содержание;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам разных стран инструмент для распространения сведений о системах здравоохранения и обмена опытом по стратегии их реформ.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и о результатах их реформ относительно мало. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели приходится получать из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других организаций. И хотя методы и определения, касающиеся сбора данных, могут несколько отличаться, в рамках каждой серии обзоров они обычно согласуются между собой.

Наряду с преимуществами составление обзоров в едином формате имеет и ряд недостатков, поскольку в разных странах системы финансирования и предоставления медицинских услуг различны. Преимущества же состоят в том, что единый формат позволяет проанализировать, как одни и те же вопросы и проблемы решаются в разных странах. Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» могут стать полезным источником информации для тех, кто разрабатывает политику и стратегию в области здравоохранения в своей стране. Кроме того, их можно использовать для сравнительного анализа систем здравоохранения. Выпуск этих обзоров продолжается, и их материалы регулярно обновляются.

Все замечания и предложения по дальнейшим разработкам в данной области, а также по усовершенствованию обзоров просьба направлять по адресу электронной почты: [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int).

Обзоры и краткие справки «Системы здравоохранения: время перемен» можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory). Глоссарий терминов, используемых в обзорах, находится по адресу: [www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage](http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage).

## Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Болгарии подготовили адъюнкт-профессор Лидия Георгиева (магистр, кандидат наук, директор Департамента управления медицинскими рисками компании MARSH – Болгария, до июля 2006 г. – декан факультета профилактической медицины Медицинского университета, София), адъюнкт-профессор Петко Салчев (кандидат наук, факультет социальной медицины и управления здравоохранением Медицинского университета, София, в 2003–2005 гг. – заместитель министра здравоохранения Болгарии), Ростислава Димитрова (политический советник, Европейский парламент), Антония Димова (кандидат наук, старший преподаватель факультета управления здравоохранением Медицинского университета, Варна) и Ольга Авдеева (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Берлин). Научным руководителем от Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, ответственным за подготовку этого обзора, был Райнард Буссе (Берлинский технический университет).

Основой для создания данного обзора послужил предыдущий обзор по Болгарии под редакцией Элли Трагакес, который был опубликован в 2003 г. Его авторами были Стайко Кулаксазов, Света Тодорова, Элли Трагакес (автор и редактор) и Стойка Христов (*1*).

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения выражает благодарность Антонии Парвановой, члену Парламента и наблюдателю от Европейского парламента, Любомиру Датцову, заместителю министра финансов, профессору Радославу Гайдарски, министру здравоохранения Болгарии, а также Гени Начевой, Тане Кириловой и Гердане Харалампиевой из Бюджетно-финансового управления Национального фонда обязательного медицинского страхования. Авторы также признательны директору Национального центра по охране

общественного здоровья Любомиру Иванову, руководителю болгарского офиса ВОЗ Эмили Тончевой и исполнительному директору Института «Открытое общество» в Болгарии Георгию Стойчеву за их ценные замечания и предложения, предоставленные в ходе подготовки обзора.

Данная серия обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» подготовлена сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Коллективом Европейской обсерватории руководят ее директор Джозеп Фигерас и содиректор Элиас Моссиалос, а также научные руководители Мартин Мак-Ки, Ричард Солтман и Райнард Буссе. Вопросами технической координации занимается Сюзанна Гроссе-Тebbe.

Данный обзор был подготовлен под руководством Джованны Серони при поддержке Николь Саттерли (техническое редактирование), Ширли и Йоганнеса Фредериксен (верстка) и Аки Хедиган (корректур).

Особую благодарность авторы выражают Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений о системе здравоохранения Болгарии, отраженных в европейской базе данных «Здоровье для всех», Организации экономического сотрудничества и развития – за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы, а также Всемирному банку – за предоставление информации о расходах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных.

Данный обзор и приведенные в нем сведения основаны на общедоступной информации и характеризуют ситуацию, сложившуюся к январю 2007 г.

# Список сокращений

---

DFLE	Ожидаемая продолжительность жизни без инвалидности
HALE	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни
АТК	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация
БМА	Болгарская медицинская ассоциация
БСП	Болгарская социалистическая партия
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВМС	Высший медицинский совет
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВТО	Всемирная торговая организация
КДЦ	Консультативно-диагностический центр
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ЕС	Европейский Союз
ЕС-10	Страны, присоединившиеся к ЕС в мае 2004 г.
ЕС-15	Страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.
ИАЛ	Исполнительное агентство по лекарствам
ИМТ	Индекс массы тела
КДМС	Компании, занимающиеся добровольным медицинским страхованием
КФН	Комиссия по финансовому надзору
МВФ	Международный валютный фонд
МНН	Международное непатентованное наименование
МЦ	Медицинский центр
НАТО	Организация Североатлантического договора
НИСО	Национальный институт социального обеспечения
НФОМС	Национальный фонд обязательного медицинского страхования
НЦИПБ	Национальный центр инфекционных и паразитарных болезней
НЦООЗ	Национальный центр по охране общественного здоровья
НЦРРЗ	Национальный центр радиобиологии и радиационной защиты
РИЗ	Региональная инспекция здравоохранения
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППС	Паритет покупательной способности
РКЗ	Региональная карта здоровья
ССБ	Союз стоматологов Болгарии
УПЛС	Утвержденный перечень лекарственных средств
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЮСЭЙД	Агентство США по международному развитию

---

# Список таблиц и рисунков

## Таблицы

Таблица 1.1	Демографические показатели, 1995–2005 гг.	6
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели	8
Таблица 1.3	Коэффициенты смертности и ожидаемая продолжительность жизни, 1995–2004 гг.	11
Таблица 1.4	Некоторые причины смерти, 2005 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)	13
Таблица 1.5	Смертность по причинам смерти на 100 000 населения, 2004 г.	14
Таблица 3.1	Динамика расходов на здравоохранение, 1998–2004 гг.	42
Таблица 3.2	Государственные расходы на здравоохранение с разбивкой по финансирующим организациям (% в общих государственных расходах на здравоохранение), млн. болгарских левов, 2000–2004 гг.	46
Таблица 3.3	Расходы НФОМС по категориям услуг (в тыс. болгарских левов)	48
Таблица 3.4	Расходы Министерства здравоохранения с разбивкой по категориям, 2003 г. (в тыс. болгарских левов)	49
Таблица 3.5	Доля расходов на здравоохранение в совокупных расходах домохозяйств (%), 1997–2005 гг.	51
Таблица 3.6	Доли различных источников в общих расходах на здравоохранение, 1999–2003 гг.	57
Таблица 3.7	Взнос на ОМС: соотношение долей работодателя и работника, 2000–2009 гг.	59
Таблица 3.8	Разбивка поступлений от страховых премий по договорам ДМС в 2004 г. (в тыс. болгарских левов)	60
Таблица 3.9	Механизмы оплаты	72
Таблица 3.10	Подушевые нормативы для различных возрастных групп в 2003–2004 гг. и в 2004–2005 гг. (в болгарских левых)	75
Таблица 5.1	Показатели работы больниц, 2004 г.	90
Таблица 5.2	Число коек в учреждениях здравоохранения, 2002–2005 гг.	93
Таблица 5.3	Медицинский персонал на 100 000 населения, 1980–2004 гг.	102
Таблица 6.1	Фармацевтический рынок Болгарии (в млн болгарских левов)	128

## Рисунки

Рис. 1.1	Общая структура системы здравоохранения	3
Рис. 1.2	Карта Болгарии	5
Рис. 1.3	Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ, 2004 г.	15
Рис. 2.1а	Наиболее распространенные причины жалоб пациентов, 2004–2005 гг.	35
Рис. 2.1б	Наиболее распространенные причины жалоб партнеров по договорам, 2004–2005 гг.	35
Рис. 2.2	Результаты опроса пациентов о знании ими своих прав	37
Рис. 2.3	Результаты опроса пациентов об их осведомленности о процессах реформ в системе здравоохранения	38
Рис. 3.1	Схема финансирования	41
Рис. 3.2	Общие расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (в %) в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 году (оценка ВОЗ)	43
Рис. 3.3	Общие расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (в %) в Болгарии и некоторых других странах, 1998–2004 гг. (оценка ВОЗ)	44
Рис. 3.4	Расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г., по ППС на душу населения, в долларах США (оценка ВОЗ)	45
Рис. 3.5	Доля государственного сектора в общих расходах на здравоохранение в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1998–2004 гг., % (оценка ВОЗ)	46
Рис. 3.6	Государственные расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (%) в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. (оценка ВОЗ)	47
Рис. 3.7	Частные расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (%) в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1995–2004 гг.	50
Рис. 3.8	Источники финансирования здравоохранения, 2003 г.	56
Рис. 4.1	Правительственные органы и их регулятивные функции в области здравоохранения	78
Рис. 5.1	Число больничных коек на 1000 населения в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2004 гг.	90
Рис. 5.2	Число врачей общей практики на 1000 населения в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2004 гг.	103
Рис. 5.3	Число медсестер на 1000 населения в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2004 гг.	103
Рис. 5.4	Число врачей и медсестер на 1000 населения в странах Центральной и Юго-Восточной Европы и СНГ в 2004 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)	104
Рис. 5.5	Число стоматологов на 1000 населения в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2004 гг.	105
Рис. 5.6	Число фармацевтов на 1000 населения в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2004 гг.	106
Рис. 6.1	Организационная структура системы общественного здравоохранения	112
Рис. 6.2	Клинический алгоритм обследования и лечения пациента, страдающего язвой желудка	115
Рис. 6.3	Число амбулаторных посещений в расчете на одного человека в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)	120

---

Рис. 6.4	Организационная структура службы скорой помощи	123
Рис. 7.1	Предлагаемые улучшения организации Национального рамочного договора (находятся в стадии обсуждения)	152
Рис. 7.2	Предлагаемая модель финансирования системы здравоохранения (находится в стадии обсуждения)	153

---

## Вставки

---

<b>Вставка 4.1.</b>	Национальные программы в области здравоохранения, принятые Правительством начиная с 2000 г.	87
<b>Вставка 7.1.</b>	Основные реформы и инициативы, 1989–2007 гг.	142

---

## Аннотация

**К**аждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ — тех, которые уже реализуются, и тех, которые находятся в стадии разработки. В этих обзорах рассматриваются различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников системы здравоохранения; кроме того, в них описываются организационная структура, процессы подготовки и реализации политики и реформ здравоохранения и содержание этих реформ, а также освещаются наиболее важные проблемы в области здравоохранения и те элементы, которые требуют более глубокого изучения.

Реформы здравоохранения в Болгарии были начаты в первой половине 1990-х годов. Их целью было создание более эффективной и отвечающей нуждам пациентов системы здравоохранения путем повышения качества услуг и оказания медицинской помощи.

С созданием Национального фонда обязательного медицинского страхования (НФОМС) и введением базовой программы медицинских услуг были определены услуги, обеспечиваемые населению государственным сектором, и установлены целевые взносы на медицинское страхование, что позволило повысить устойчивость бюджета здравоохранения. Однако система финансирования, основанная только на страховых взносах, оказалась не в состоянии обеспечить достаточный объем средств. Тот факт, что около миллиона человек отказываются от участия в программе всеобщего обязательного медицинского страхования, говорит о том, что тех, кто производит отчисления на медицинское страхование, меньше, чем тех, кто пользуется предоставляемыми им льготами, что может негативно отразиться на балансе НФОМС.

Легализация частной практики способствовала расширению доступа населения к медицинскому обслуживанию, а конкуренция между

поставщиками медицинских услуг стала стимулом для повышения их качества. Однако коммерциализация здравоохранения и упор на рыночные отношения отрицательно сказались на социальной функции здравоохранения и снизили мотивацию среди поставщиков.

Реструктуризация сектора первичной медико-санитарной помощи и введение института врачей общей практики, выполняющих роль «привратника» (диспетчера) на пути пациента к получению специализированной медицинской помощи, позволили обеспечить механизм сдерживания затрат, но при этом возникли дискуссии по поводу того, не размывает ли это принципа всеобщего и свободного доступа населения к медицинской помощи.

После реструктуризации системы финансирования стационарной медицинской помощи в стране были введены клинические алгоритмы обследования и лечения. Тем самым были обеспечены стимулы для повышения качества и эффективности оказания медицинских услуг. Однако фактические затраты больниц на реализацию клинических алгоритмов превышают сумму, возмещаемую им Национальным фондом обязательного медицинского страхования, что вызывает финансовую нестабильность в стационарном секторе.

# Основные положения

## Вступительный обзор

**Б**олгария расположена в восточной части Балканского полуострова, в Юго-Восточной Европе. Принятие в 1991 г. новой конституции положило начало процесса введения в стране демократической формы правления.

Несмотря на существенное снижение смертности после 1990 г., по сравнению со странами Евросоюза, в Болгарии этот показатель все еще остается высоким. Смертность от болезней системы кровообращения возросла, в 2005 г. ими было обусловлено 66,1% общей смертности; следующими по распространенности причинами смерти были новообразования и травмы. В 2004 г. коэффициент младенческой смертности в Болгарии составлял 11,6 на 1000 живорожденных, что более чем вдвое превышает этот показатель по 25 странам Евросоюза. Благодаря проведенным в 1990-х годах реформам здравоохранения произошли значительные изменения в области организации, финансирования и оказания медицинской помощи; кроме того, был сформирован новый тип отношений между получателями, поставщиками и плательщиками медицинских услуг.

## Организационная структура и управление

До реформ 1990-х годов организационная структура системы здравоохранения, принятие решений и финансирование носили централизованный характер. Реформы привели к реорганизации и децентрализации основных функций: разработкой и реализацией комплексной национальной политики и национальных программ в области здравоохранения занимаются Министерство здравоохранения и его 28 децентра-

лизованных региональных центров охраны здоровья. После перехода к демократической форме правления система здравоохранения Болгарии перешла на новые принципы финансирования, предусматривающие введение взносов на медицинское страхование, начисляемых в фонд заработной платы. Был создан полуавтономный орган – Национальный фонд обязательного медицинского страхования (НФОМС), который наделен полномочиями по сбору средств, распределению ресурсов и управлению поставщиками медицинских услуг. Деятельность фонда строится на децентрализованных принципах; оперативная деятельность осуществляется 28 региональными фондами обязательного медицинского страхования.

Другой важной чертой болгарской системы здравоохранения является приватизация. В Законе об учреждениях здравоохранения описаны процедуры приватизации государственных и муниципальных медицинских учреждений. В 1991 г. была узаконена частная медицинская практика, масштабы которой с тех пор значительно возросли, а в 1992 г. право собственности на большинство учреждений здравоохранения было передано муниципалитетам – выборным органам местного самоуправления.

## **Финансирование здравоохранения**

Финансирование здравоохранения производится за счет взносов на обязательное и добровольное медицинское страхование (ДМС), налогов, а также формальных и неформальных платежей. Одним из ключевых принципов реформы был переход от бюджетного финансирования, обеспечиваемого за счет налоговых поступлений, к системе финансирования по страховому принципу. Система обязательного медицинского страхования (ОМС) представлена НФОМС и финансируется преимущественно за счет отчислений из фонда заработной платы, при этом взносы на страхование малоимущих и социально уязвимых групп населения производятся из средств государственного и муниципальных бюджетов.

Взнос на обязательное медицинское страхование составляет 6% месячного заработка. В 2006 г. он был поделен между работодателем и работником в соотношении 70:30; планируется, что к 2009 г. это соотношение достигнет уровня 50:50. ОМС обеспечивает застрахованному населению базовую программу медицинских услуг, которая определена в Национальном рамочном договоре.

Начиная с 1998 г. общие расходы на здравоохранение растут и в абсолютном выражении, и как доля ВВП. В 2004 г. они составляли 7,7% ВВП,

что превышало средний показатель в 6,8% для 10 стран, присоединившихся к ЕС 1 мая 2004 г. Тенденция роста расходов на здравоохранение отражает улучшение экономической ситуации в стране, явившееся результатом реструктуризации и усилий, направленных на присоединение страны к Евросоюзу, а также развития системы ОМС. При этом общий уровень государственных расходов на здравоохранение снижался, что сопровождалось относительным увеличением доли финансирования из частных источников (в 2003 г. она составляла 45,5%).

В 1998 г. была введена система договорных отношений между поставщиками медицинских услуг и Национальным фондом обязательного медицинского страхования, а также между муниципальными медицинскими учреждениями. Финансирование больниц производится на основе оплаты за пролеченный случай в соответствии с клиническими алгоритмами обследования и лечения, которые были введены в 2001 г. и основываются на единых тарифных ставках за лечение определенных заболеваний. До 2005 г. Министерство здравоохранения оплачивало все услуги стационаров исходя из норм расходов на койко-день. Кроме того, больницы получают дополнительные доходы от обязательных соплатежей пациентов за услуги стационаров. Медицинский персонал государственных больниц представлен в основном штатными наемными служащими, работающими на окладе. Врач общей практики получает оплату по ежемесячным подушевым нормативам за каждого прикрепившегося застрахованного. Расходы специализированных амбулаторных учреждений и лабораторий возмещаются на основе фиксированной платы за предоставленные пациентам услуги. Стоматологическая помощь оплачивается преимущественно за счет личных средств граждан, на основе платы за предоставленные услуги. При этом ограниченный набор стоматологических услуг включен также в базовую программу медицинских услуг [2].

## **Предоставление медицинских услуг**

Человеческие ресурсы распределяются по учреждениям здравоохранения в соответствии с Национальной картой здоровья, в которой содержатся целевые штатные показатели по регионам в разрезе учреждений здравоохранения. Чтобы получать за свои услуги возмещение по системе ОМС, врачи и медицинские центры заключают соответствующие договоры с Национальным фондом обязательного медицинского страхования; поставщики медицинских услуг, не имеющие таких договоров, могут оказывать медицинские услуги, финансируемые за счет частных средств.

Реформа здравоохранения в значительной степени опирается на создание нового участника системы амбулаторной медицинской помощи – врача общей практики. Врачи общей практики выполняют функцию «привратника» при доступе пациентов к специализированной медицинской помощи и стационарному лечению, сокращая тем самым расходы на дорогостоящие услуги здравоохранения. В результате реформ были созданы новые виды амбулаторных медицинских учреждений, в том числе индивидуальные и групповые врачебные практики, медико-стоматологические центры и независимые диагностические центры.

Для оказания специализированной амбулаторной помощи учреждение должно быть зарегистрировано в качестве медицинского центра или консультативно-диагностического центра на индивидуальном или групповом уровне, или как индивидуальная медико-диагностическая или техническая лаборатория, оказывающие услуги по отдельным направлениям медицины.

Несмотря на сокращение коечного фонда, которое произошло в процессе реформ, в Болгарии обеспеченность населения больничными койками значительно выше, чем во многих странах Европейского региона ВОЗ, а средняя продолжительность пребывания в стационаре (в 2004 г. она составляла 8,2 дня) – ниже, чем в большинстве стран Европейского региона ВОЗ. Стационарное лечение в Болгарии предоставляется в государственных и частных медицинских учреждениях, которые делятся на многопрофильные и специализированные.

С 2001 г. службами скорой помощи охвачена вся территория страны; в каждой из 28 административных областей имеются собственные региональные центры скорой помощи. Министерство здравоохранения отвечает за организацию, планирование и финансирование всей деятельности, связанной с оказанием услуг скорой помощи в Болгарии. Закон о лекарственных средствах и деятельности предприятий фармацевтической отрасли (1995) обеспечил нормативно-правовую базу для реструктуризации и приватизации в секторе производства и распространения лекарственных средств, в настоящее время большинство аптек в стране приватизировано.

## **Основные реформы здравоохранения**

Структурная реформа здравоохранения имеет три основных направления: реструктуризация системы финансирования на базе ОМС, реорганизация сектора первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

и рационализация деятельности учреждений амбулаторной и стационарной медицинской помощи. Основные пункты реформы включают принятие в 1998 г. Закона о медицинском страховании, который стал нормативно-правовой базой для организации системы обязательного и добровольного медицинского страхования, а также введение Национального рамочного договора, в котором определена базовая программа медицинских услуг и установлен порядок оплаты услуг поставщиков. Благодаря изменению права собственности на учреждения здравоохранения и введению новой договорной основы оплаты услуг медицинских учреждений и поставщиков появилась возможность создания широкого регулируемого рынка медицинских услуг в государственном и частном секторах. Благодаря реструктуризации системы финансирования здравоохранения возникла конкуренция между поставщиками медицинских услуг, что благотворно отразилось на качестве услуг.

Реформы не только улучшили ситуацию в секторе ПМСП и способствовали укреплению здоровья населения, повышению качества услуг здравоохранения, обеспечению права выбора пациентов и реструктуризации больниц и системы финансирования, но и выявили наличие в стране политической воли и потенциала для дальнейших перемен в будущем.

Но, несмотря на достигнутые успехи, есть и ряд трудностей. В частности, для Болгарии характерна неудовлетворенность общества системой здравоохранения; определенные группы населения не охвачены системой ОМС; в стране не хватает государственных финансовых ресурсов, недостаточно развиты управленческий потенциал и инфраструктура здравоохранения; действует значительный по объему неофициальный сектор; имеет место ограниченность конкуренции в сочетании с недостаточно развитой системой обязательных стандартов и норм добросовестной практики; наконец, не хватает информации, необходимой для эффективного принятия решений.

# 1. Введение

## 1.1. Обзор системы здравоохранения

Социально-политические перемены, которые происходят в Болгарии начиная с 1989 г., оказали значительное влияние на систему здравоохранения страны. В основе прежней модели (модели Семашко) лежали принципы всеобщего охвата и бесплатного доступа населения к медицинскому обслуживанию. Планирование и управление производились централизованно, финансирование осуществлялось из средств государственного бюджета, а право собственности практически всегда принадлежало государству. Следует отметить также, что до 1989 года в стране отсутствовал частный сектор (поскольку частное предпринимательство было запрещено), а все работники здравоохранения были наемными государственными служащими. Система здравоохранения была ориентирована преимущественно на лечение, и основным ее звеном были больницы. Распространенным явлением были неформальные платежи пациентов за медицинские услуги и лекарства, хотя официально это не было разрешено. Все это приводило к неадекватному управлению оказанием медицинской помощи и требовало радикальных реформ (3).

Основные реформы были начаты в 1989 г., и к середине 1990-х годов централизованная система здравоохранения страны, финансирование которой производилось за счет налогов, была преобразована в децентрализованную плюралистическую систему, в основе которой лежал принцип обязательного медицинского страхования. Работники производят отчисления на ОМС, а между Национальным фондом обязательного медицинского страхования (НФОМС), который выступает в качестве покупателя медицинских услуг, и поставщиками этих услуг существу-

ют договорные отношения. НФОМС действует как единое ведомство, обеспечивающее большую часть финансирования. Через свои 28 региональных отделений (региональные фонды обязательного медицинского страхования) НФОМС финансирует всю сеть учреждений амбулаторной медицинской помощи, а с июля 2000 г. и больницы, с которыми заключены соответствующие договоры.

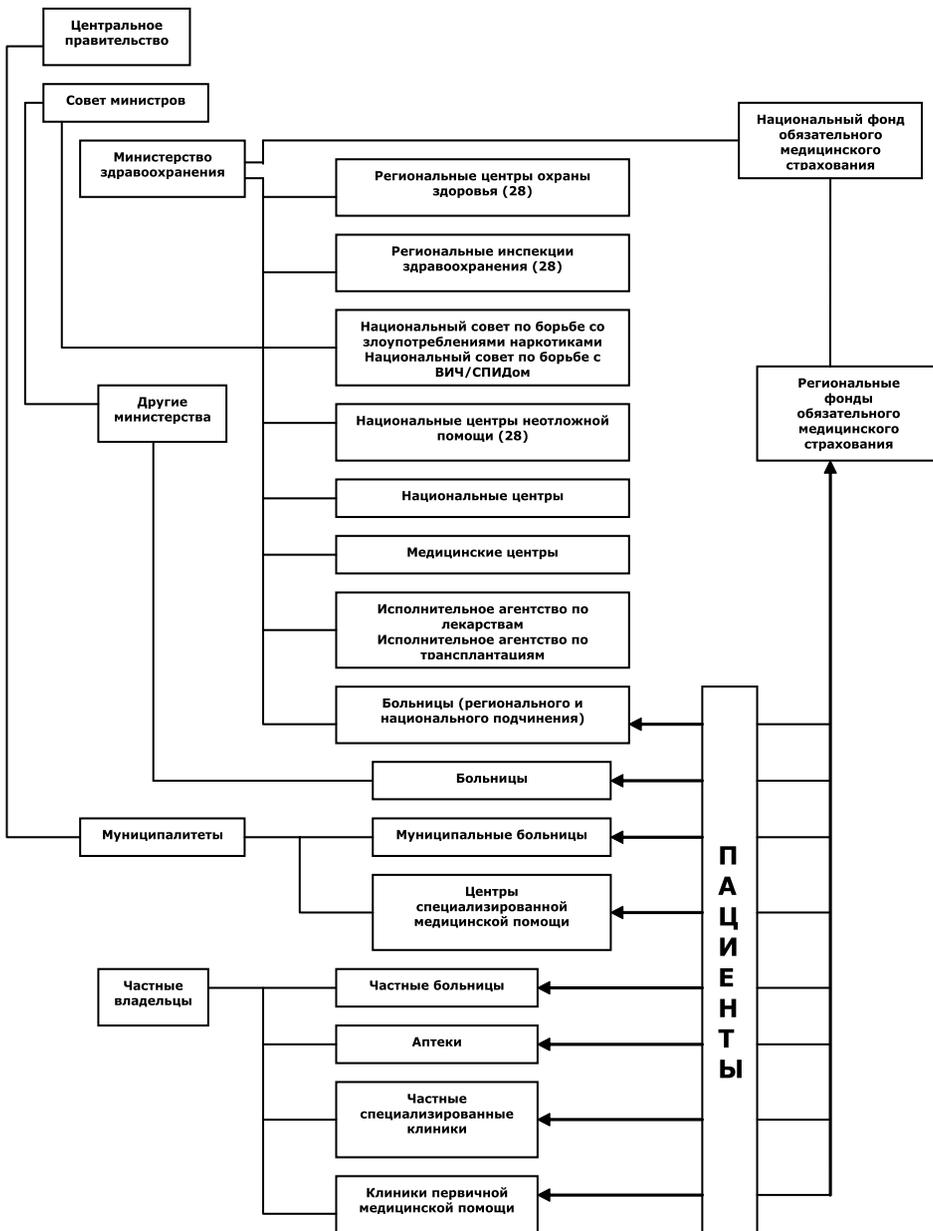
Альтернативным средством финансирования медицинских услуг, а также покупки лекарств и оплаты видов лечения, не включенных в государственную программу ОМС, является частная медицинская страховка.

В организационном отношении учреждения здравоохранения являются самостоятельными единицами. В соответствии с Законом об учреждениях здравоохранения 1999 г. амбулаторную медицинскую помощь оказывают индивидуальные или групповые врачебные практики, медико-стоматологические центры и независимые диагностические центры. Чтобы иметь возможность оказывать населению медицинские услуги, оплачиваемые по системе ОМС, врачи и медицинские центры заключают соответствующие договоры с НФОМС; поставщики медицинских услуг, не заключившие таких договоров, могут оказывать медицинские услуги частным образом, на основе оплаты за предоставленные услуги.

Стационарная медицинская помощь предоставляется в многопрофильных и специализированных больницах, диспансерах, домах для престарелых и инвалидов, хосписах и госпиталях, которые оказывают неотложную помощь, лечение хронических заболеваний, услуги по долговременному уходу и реабилитации. Несмотря на то что в результате реформ 1990-х годов произошло существенное сокращение коечного фонда, на всей территории Болгарии по-прежнему действует широкая сеть больниц, обеспечивающая легкий доступ к услугам стационарной медицинской помощи. Но в этой связи следует отметить факт чрезмерного и неоправданного использования коечного фонда больниц.

Работу служб общественного здравоохранения организует Министерство здравоохранения и его 28 региональных центров охраны здоровья. Финансирование производится централизованно. В 1999 г. система общественного здравоохранения была реструктурирована, и на нее были возложены дополнительные функции, связанные с охраной и укреплением общественного здоровья. Эти функции взяли на себя 28 региональных инспекций здравоохранения (РИЗ). Сеть учреждений общественного здравоохранения включает также 28 национальных центров скорой помощи, Национальный центр радиобиологии и радиационной защиты, Национальный центр информатизации здравоохранения и Национальный центр охраны общественного здоровья. Общая структура болгарской системы здравоохранения представлена на рис. 1.

Рис. 1.1. Общая структура системы здравоохранения



Основными источниками финансирования системы здравоохранения являются отчисления на ОМС, средства государственного и муниципальных бюджетов, взносы на добровольное медицинское страхование (ДМС), расходы домохозяйств на оплату медицинских услуг в виде

соплатежей и частных расходов за оказание медицинских услуг, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также ресурсы из внешних источников, поступающие от донорских организаций и национальных и международных неправительственных организаций (НПО).

Министерство здравоохранения финансирует университетские больницы, специализированные учреждения здравоохранения национального и регионального уровней, сеть учреждений общественного здравоохранения, национальные программы в области здравоохранения, медицинские исследования и международное сотрудничество в сфере здравоохранения. После децентрализации системы здравоохранения в 1992 г. на муниципалитеты была возложена ответственность за оказание большинства услуг здравоохранения. Они собирают собственные доходы, а также получают дополнительные ресурсы от центрального Правительства. С тех пор как в 1998 г. была создана система обязательного медицинского страхования, НФОМС на договорной основе оплачивает все виды амбулаторной помощи и примерно 20% затрат на стационарную помощь. Муниципалитеты по-прежнему финансируют находящиеся на подведомственной им территории больницы, не имеющие договоров с НФОМС (исключение составляют региональные больницы, которые финансируются Министерством здравоохранения).

На момент составления данного обзора стационарная медицинская помощь финансировалась из трех источников: государственный бюджет, муниципальные бюджеты и медицинское страхование. НФОМС оплачивает услуги только тех больниц, с которыми у него заключены соответствующие договоры, за пролеченные случаи или в соответствии с клиническими алгоритмами обследования и лечения отдельных заболеваний, по фиксированным ставкам. Больницы, работающие без договора с НФОМС, по-прежнему финансируются муниципалитетами или государством (центром). Больницы получают также дополнительные доходы от обязательных соплатежей пациентов и от платежей за услуги, не включенные в базовую программу. Оплата за предоставленные услуги может производиться как за наличный расчет, так и по полисам ДМС. Врачи, работающие в больничном секторе, являются служащими на твердом окладе. Поставщики услуг амбулаторной медицинской помощи работают по договорам с НФОМС и получают оплату за предоставленные услуги.

Врачи, работающие в секторе ПМСП, получают оплату по подушевым нормативам, и размер их вознаграждения зависит от численности прикрепленного контингента. В соответствии с разработанными формулами подушевого финансирования производится ретроспективный перерасчет.

## 1.2. География и социодемография

Республика Болгария находится в Юго-Восточной Европе, в восточной части Балканского полуострова. С севера граничит с Румынией, с запада – с Сербией и бывшей Югославской Республикой Македонией, с юга – с Грецией и Турцией, с востока омывается Черным морем, которое отделяет ее от России. Климат мягкий, умеренно континентальный. Большая часть территории страны гористая, север и юго-восток занимают низменности. Общая площадь – 110 944 кв. км (рис. 1.2).

Административно Болгария поделена на 28 областей, которые, в свою очередь, делятся на 262 муниципалитета. Столица страны, г. София, имеет также статус административного региона.

В 2000 г. численность населения страны составляла 7,7 млн человек, из которых доля женского населения составляла 51,6% [2]. В 2001 г. этнический состав населения Болгарии был следующим: болгары – 83,9%, турки – 9,4%, цыгане – 4,7%, прочие этнические группы – 2% (3).

Рис. 1.2. Карта Болгарии



Источник: World Fact Book, 2006.

Население Болгарии стареет. Доля жителей в возрасте до 15 лет снизилась и в 2005 г. составляла лишь 13,8% общего населения страны, в то время как лиц в возрасте 65 лет и старше насчитывалось 16,8% (4). Как и во многих странах Центральной и Восточной Европы, в Болгарии старение населения более выражено в сельской местности, где в 2005 г. 25% населения было старше 65 лет, а средний возраст сельского населения составлял 41,2 года (2). Некоторые демографические показатели представлены в табл. 1.1.

С 1990 г. коэффициенты рождаемости постепенно снижались; общий коэффициент рождаемости в Болгарии один из самых низких в Европе. В дополнение к низкой рождаемости и высокой смертности убыль населения происходит вследствие миграционных процессов. К таким процессам относятся миграция этнических турок, а также отток из страны молодежи, которая в поисках более благоприятных возможностей для получения образования и работы уезжает за границу. Эти демографические процессы свидетельствуют о депопуляции в стране.

Болгария считается умеренно урбанизированной европейской страной: 70% ее населения проживают в городской местности (2). Болгарский язык относится к славянской группе языков и использует кириллическую письменность.

**Таблица 1.1. Демографические показатели, 1995–2005 гг.**

Показатель	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Общая численность населения (тыс. человек)	8 400	8 312	8 208	7 910	7 823	7 740
% населения в возрасте 0–14 лет	17,97	17,02	16,15	15,28	14,44	13,80
% населения в возрасте 15–64 лет	66,98	67,29	67,68	68,22	68,86	69,40
% населения в возрасте 65 лет и старше	15,05	15,69	16,50	16,50	16,70	16,80
% женского населения	51,05	51,17	51,29	51,40	51,48	51,60
Плотность населения (человек на кв. км)	75,93	75,13	74,19	71,20	70,71	70,00
Общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения)	8,60	7,70	8,90	8,60	8,60	9,00 <sup>a</sup>
Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	13,60	14,60	13,60	14,20	14,30	14,20
Годовой прирост населения, %	-0,43	-0,53	-0,60	-1,88	-0,59	-0,30
% городского населения	67,80	68,24	68,68	69,12	69,56	70,00
% сельского населения	32,20	31,76	31,32	30,88	30,44	30,00

Источники: World Bank, World Development Indicators database, 2006 (4).

Примечания: <sup>a</sup> данные 2004 г.

### 1.3. Экономика

Болгария и Румыния — два новых члена Евросоюза, присоединившихся к нему в январе 2007 г. Начиная с 1990-х годов Болгария предпринимала значительные усилия, направленные на то, чтобы соответствовать экономическим и политическим критериям, необходимым для вступления в Евросоюз. Однако ей предстоит еще много работы в этом направлении, и в том числе это касается сектора здравоохранения.

До середины 1990-х годов для Болгарии была характерна политическая нестабильность, низкий уровень развития экономики и постоянные кризисы (табл. 1.2). Отсутствовала надлежащая инфраструктура, необходимая для устойчивого роста экономики; страна зависела от импорта энергии; накапливался огромный внешний долг; шла борьба с гиперинфляцией и последствиями ускоренной приватизации. В 1996 и 1997 гг. произошло резкое падение реального ВВП, инфляция измерялась уже трехзначными числами, и все это сопровождалось валютным кризисом.

С самого начала реформ предпринимались значительные усилия, чтобы обратить вспять негативные тенденции прошлых лет. В 1997 г. в Болгарии была произведена реструктуризация внешнего долга и введен так называемый валютный борд: наряду с особым механизмом эмиссии курс национальной валюты — болгарского лева — был жестко зафиксирован и привязан к курсу немецкой марки. Этот механизм оказался весьма эффективным и способствовал удержанию денежной стабильности и кредитоспособности Болгарии, снизив, тем самым нестабильность цен.

Структурные преобразования в экономике, приватизация и расширение экспорта и импорта способствовали росту ВВП. Если в 1990-х годах темпы роста в Болгарии были очень низкими и даже отрицательными, то начиная с 2000 г. в стране имеет место последовательный и устойчивый экономический рост: к 2005 г. темпы роста ВВП достигли 5,5% (4). Однако в абсолютном выражении ВВП Болгарии еще сильно отстает от показателей стран, присоединившихся к ЕС в мае 2004 г. (ЕС-10). По оценкам ВОЗ, в 2005 г. ВВП на душу населения в Болгарии по паритету покупательной способности (ППС) составлял 635 долларов США. Для сравнения: в Словении этот показатель был равен 1760 долларов США, в Венгрии — 1333 долларам США, в Латвии — 751 доллару США (4).

Сальдо внешнеторгового баланса по товарам и услугам уменьшилось с — 1,50% ВВП в 1995 г. до — 16,55% ВВП в 2005 г., что свидетельствовало о зависимости Болгарии от внешнеторговых операций и импорта (4). В последние годы Болгария импортировала в основном косметическую

Таблица 1.2. Макроэкономические показатели

Показатель	1995	1997	1999	2001	2003	2005
ВВП, по текущему курсу US\$, млн	13 106	10 365	12 945	13 598	19 938	26 648
ВВП, в US\$ по ППС, млн	46 624	41 370	44 224	51 223	58 716	68 073
ВВП на душу населения, в US\$ по ППС	5551	49 771	53 881	6475	7506	8794
Годовой рост ВВП, %	2,86	-5,60	2,30	4,10	4,50	5,50
Непогашенный краткосрочный долг, % внешнего долга	4,94	17,99	11,81	11,61	19,83	20,67 <sup>b</sup>
Добавленная стоимость в промышленности, % ВВП	32,69	27,94	28,88	29,61	29,68	30,45
Добавленная стоимость в сельском хозяйстве, % ВВП	–	26,21	16,31	13,30	11,57	9,28
Добавленная стоимость в сфере услуг, % ВВП	–	45,85	54,81	56,99	58,74	60,28
Сальдо внешнеторгового баланса (товары и услуги), % ВВП	-1,50	4,58	-5,77	-7,57	-9,49	-16,55
Официальный обменный курс (болгарский лев к доллару США, среднее за период)	0,07	1,68	1,84	2,18	1,73	1,57
Инфляция, дефлятор ВВП, годовой %	62,85	948,53	3,72	6,68	2,24	3,88
Коэффициент Джини (распределение доходов) <sup>a</sup>	0,384	0,366	0,326	0,333	0,351	0,358*

Источник: World Bank Development Indicators, 2006 [4]; a UNICEF TransMONEE, 2006 (5).

Примечание: <sup>b</sup> данные 2004 г.

продукцию, лекарства и одежду, а основными статьями экспорта были электроэнергия и продукция тяжелой промышленности и нефтеперерабатывающих отраслей. В основном Болгария экспортирует свою продукцию в страны—члены ОЭСР и такие страны Евросоюза, как Германия, Италия, Греция, Франция, Бельгия и Турция (6).

Несмотря на позитивные изменения и экономический рост, по такому показателю, как доход на душу населения, Болгария все еще сильно отстает от стран Евросоюза, и бедность по-прежнему является серьезной проблемой, особенно по стандартам ЕС. По данным НФОМС, в 2006 г. средний месячный заработок в Болгарии составлял 160 левов, что эквивалентно примерно 82 евро. И хотя выгоды реформ коснулись довольно многих, значительная часть населения Болгарии все еще живет в бедности, причем у 13,4% жителей доходы ниже порога относительной бедности (7). В последнем докладе Всемирного банка по оценке бедности указано также, что 7,9% болгар живут ниже черты абсолютной бедности, которая составляет 2,15 доллара США в день, и 31% живут менее чем на 3,40 доллара США в день (8). Бедными счи-

таются прежде всего сельское население, отдельные демографические группы, лица с низким уровнем образования, этнические меньшинства и безработные.

По данным государственной статистики, уровень безработицы в стране существенно снизился – с 17,9% в 2000 г. до 10,1% в 2005 г. В 2005 г. уровень безработицы среди женщин был выше, чем среди мужчин (10,3% по сравнению с 9,8%), и в сельской местности выше, чем в городах (13,7% по сравнению с 9,0%) (2). Национальный статистический институт Болгарии оценивает уровень безработицы в стране с помощью исследований рабочей силы, которые производятся на базе определений Международной организации труда. Таким образом, те, кто не занимается активным поиском работы, в эти оценки не включаются. Согласно данным статистических исследований, в Болгарии имеется довольно значительный по размерам неофициальный трудовой сектор, который производит около 20% всего ВВП и включает более четверти экономически активного населения страны (2). Большинство представителей этого сектора являются самозанятыми работниками, которые не зарегистрированы в официальных органах статистики, не платят налоги и не охвачены системой ОМС. Однако снижение уровня безработицы в Болгарии позволяет предположить, что ситуация на официальном рынке труда улучшается.

## 1.4. Политика

Болгария является парламентской республикой. Высшим органом законодательной власти является Народное собрание, в состав которого входят 240 депутатов, избираемых на четырехлетний срок. Парламент избирает и смещает с постов министров, в том числе Премьер-министра, осуществляет контроль за деятельностью Правительства и отдает приказы о направлении и расположении болгарских вооруженных сил за пределами страны. Парламент отвечает за принятие законов, утверждение бюджета, назначение президентских выборов, объявление войны и ратификацию международных договоров и соглашений.

Президент Болгарии избирается на пятилетний срок с правом однократного переизбрания на второй срок. Президент является главой государства, верховным главнокомандующим вооруженными силами и главой Консультативного совета по национальной безопасности. Парламент может отменить президентское вето простым большинством голосов.

Премьер-министр возглавляет Совет министров, который является центральным органом исполнительной власти. Помимо Премьер-министра и его заместителей, в Совет министров входят также министры, возглавляющие различные правительственные ведомства. Обычно министры являются представителями правящей партии (партии большинства) или партий, входящих в правящую парламентскую коалицию. Совет министров отвечает за реализацию государственной политики, управление государственным бюджетом и поддержание законности и порядка. В Болгарии насчитывается около 250 партий, самыми крупными из которых являются Болгарская социалистическая партия (БСП), Национальное движение «Симеон Второй», Движение за права и свободы и Союз демократических сил.

Судебная система Болгарии состоит из региональных, районных и апелляционных судов. В состав Высшего судебного совета входят 25 членов, срок полномочий которых составляет пять лет. Членами Высшего судебного совета являются опытные юристы, которые либо назначаются на свои посты Народным собранием, либо избираются органами судебной власти, либо занимают эти посты в силу своих должностей в Правительстве. Высший судебный совет управляет судебной системой и отвечает за назначение судей. Высшими апелляционными судами являются Верховный административный суд и Верховный кассационный суд. Они отвечают за применение всех законов государства. Специализированным органом конституционного контроля в Болгарии является Конституционный суд. Мандат входящих в его состав 12 судей длится 9 лет; их избирают Президент, Народное собрание и общее собрание судей Верховного кассационного суда и Верховного административного суда.

Административно Болгария делится на 28 областей и 262 муниципалитета. Руководители регионов назначаются Правительством. Муниципалитеты являются органами местного самоуправления. Мэры и члены муниципальных советов избираются на муниципальных выборах. С 1992 г. муниципалитетам была передана значительная часть обязанностей по организации услуг здравоохранения, образования и социального обеспечения.

В соответствии с отчетом о результатах мониторинга Комиссии европейских сообществ за сентябрь 2006 г. (9), Болгария добилась значительных успехов в подготовке к вступлению в ЕС. Определенный прогресс был достигнут в таких областях, как реформа судебной системы, установление экономической стабильности, преодоление дефицита текущего платежного баланса и борьба с коррупцией.

## 1.5. Состояние здоровья населения

По мере ухудшения экономической ситуации состояние здоровья населения Болгарии также ухудшалось. В 2004 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляла 72,6 лет, что на два года меньше, чем в среднем по странам ЕС-10 (74,5 лет) и приблизительно на 6 лет меньше, чем в среднем по странам ЕС-15 (79,4 лет) (10). В начале 1990-х годов продолжительность жизни болгар падала, и эта негативная тенденция сохранялась в течение всего переходного периода, но на момент составления данного обзора этот показатель снова начал расти (табл. 1.3). Показатели продолжительности жизни увеличились как среди мужчин, так и среди женщин. По сравнению с 1997 годом, когда ожидаемая продолжительность жизни при рождении у мужчин была 67 лет, а у женщин – 74 года, а средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении (обоих полов) – 70 лет, в 2004 г. эти показатели достигли уже 69 у мужчин и 76 лет у женщин (10). По мнению национальных экспертов, снижение общей продолжительности жизни в середине 1990-х годов в основном было обусловлено уменьшением продолжительности жизни мужчин в этот период.

**Таблица 1.3. Коэффициенты смертности и ожидаемая продолжительность жизни, 1995–2004 гг.**

Показатель	1995	1997	1999	2001	2003	2004
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, оба пола (лет)	70,99	70,28	71,67	71,91	75,77	72,60
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет)	74,89	73,82	75,12	75,44	78,42	76,30
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет)	67,40	66,97	68,36	68,55	73,31	69,10
СКС, взрослые женщины, на 1000 взрослых женщин	9,16	10,29	9,13	8,74	8,55	8,20
СКС, взрослые женщины в возрасте до 65 лет, на 1000 женщин в возрасте до 65 лет	2,58	2,81	2,51	2,46	2,32	2,30
СКС, взрослые мужчины, на 1000 взрослых мужчин	14,65	15,74	13,97	13,84	13,74	13,40
СКС, взрослые мужчины в возрасте до 65 лет, на 1000 мужчин в возрасте до 65 лет	6,18	6,25	5,68	5,67	5,46	5,50
Младенческая смертность (на 1000 живорожденных)	14,80	17,51	14,62	14,40	11,98	11,70
Вероятность умереть в возрасте до 5 лет (на 1000 живорожденных)	18,22	22,33	17,87	17,18	14,33	14,50

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

Примечание: СКС = Стандартизованный коэффициент смертности.

В 2002 г. средняя продолжительность здоровой жизни (HALE) у мужчин была 63 года, у женщин – 67 лет. В возрасте 60 лет оценка продолжительности здоровой жизни у мужчин составляла 11,5 лет, у женщин – 13,9 лет. В 2002 г. оценка ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности (DFLE) составляла 62,5 года для мужчин и 66,8 лет для женщин (10).

Несмотря на значительное снижение смертности после 1990 г., в Болгарии этот показатель один из самых высоких среди стран ЕС, но начиная с 1980-х годов в Болгарии, как и в остальных странах Евросоюза, имеет место общая тенденция к его улучшению. Данные о смертности населения получены из национальных источников и в Европейском региональном бюро ВОЗ. Показатели смертности являются отражением состояния здоровья населения, на которое оказывают влияние такие факторы, как нездоровый образ жизни, несбалансированное питание, рост потребления табака и алкоголя, рискованное сексуальное поведение, психологические стрессы и низкий уровень физической активности (11).

Смертность от болезней системы кровообращения возросла: в 2005 г. ими было обусловлено 66,1% общей смертности; следующими по частоте причинами смерти были новообразования (15,8% общей смертности) и травмы (3,5%) (2). Основные причины смертности в 2005 г. представлены в табл. 1.4 и 1.5.

Младенческая смертность превышает средние показатели по ЕС-10 и ЕС-15. Достигнув своего пика в 1997 г. (17,5 смертей на 1000 живорожденных), в 2004 г. младенческая смертность в Болгарии снизилась до 11,6 на 1000 живорожденных, что более чем вдвое превышает средний показатель по 25 странам ЕС (4,7 на 1000 живорожденных в 2004 г.) (2, 10). Показатели младенческой смертности в Болгарии довольно сильно варьируют по регионам: так, в 2004 г. наиболее высокими они были в таких регионах, как Сливен (27,5 на 1000 живорожденных), Монтана (23,2 на 1000 живорожденных), Ямбол (21,5 на 1000 живорожденных) и Ловеч (17,0 на 1000 живорожденных) – все это регионы, для которых характерны сильные этнические различия (2). Столь высокая младенческая смертность может быть обусловлена слабой технологической инфраструктурой, необходимой для лечения перинатальных патологий (4,0 смерти на 1000 живорожденных), врожденных пороков развития (2,8 смертей на 1000 живорожденных) и болезней органов дыхания, в том числе пневмонии и гриппа (2,4 смерти на 1000 живорожденных). На момент составления данного обзора болезнями органов дыхания было обусловлено более 80% младенческой смертности, что существенно превышает коэффициенты смертности по этим причинам среди взрослых.

**Таблица 1.4. Некоторые причины смерти, 2005 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)**

Показатель	Число смертей на 100 000 населения		
	Всего	Мужчины	Женщины
<b>Инфекционные болезни</b>			
Инфекционные и паразитарные болезни	8,4	11,4	5,5
Туберкулез (2004)	2,8	4,7	1,2
ВИЧ/СПИД (по данным статистики смертности) <sup>а</sup>	0,0	0,0	0,0
<b>Неинфекционные болезни</b>			
Болезни системы кровообращения	968,1	1 004,7	933,7
Новообразования	231,7	276,8	189,3
Органические психические расстройства	1,6	2,2	1,0
Болезни нервной системы и органов чувств	10,7	12,4	9,1
Болезни органов дыхания	57,7	74,3	42,1
Болезни органов пищеварения	42,8	62,2	24,5
Болезни мочеполовой системы	15,4	18,2	12,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,7	0,6	0,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1,1	0,8	1,4
<b>Внешние причины</b>			
Травмы и отравления	50,8	79,5	23,7
Самоубийства и преднамеренные самоповреждения (2004)	11,0	17,7	5,2
Некоторые причины, связанные с употреблением алкоголя (2004)	66,8	111,3	27,1
Некоторые причины, связанные с употреблением табака (2004)	407,2	534,9	303,5

Источники: National Statistical Institute, 2006 (2);

<sup>а</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

Заболеваемость болезнями органов кровообращения является такой же высокой, как и смертность от них. Заболеваемость болезнями органов дыхания в Болгарии отражает растущую в долгосрочной перспективе тенденцию, и в 2005 г. этот показатель составлял 37,8% всех болезней (12).

Уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией растет – в 2003 г. было сообщено о 63 новых случаях, в 2004 г. – о 50 новых случаях; ранее этот показатель составлял 3–10 новых случаев в год. По данным на конец 2004 г., в Болгарии было 586 ВИЧ-инфицированных. Растущее число новых случаев ВИЧ-инфекции сопровождается быстрым ростом уровня инфекций, передаваемых половым путем, наркомании, проституции и миграции населения. Основным путем передачи

ВИЧ-инфекции являются сексуальные контакты (91% всех случаев), из них 88% – гетеросексуальные. Другими путями передачи ВИЧ-инфекции являются инъекционное потребление наркотиков (6% всех случаев) и передача инфекции от матери к ребенку (1% всех случаев) (13).

Болезни нервной системы и психические расстройства являются самыми распространенными причинами инвалидности в Болгарии (25% всех случаев инвалидности). Затем следуют болезни органов кровообращения (16% случаев), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (14% случаев), полная или частичная потеря зрения (7% случаев), диабет (5% случаев) и другие виды инвалидности (6% случаев) (12).

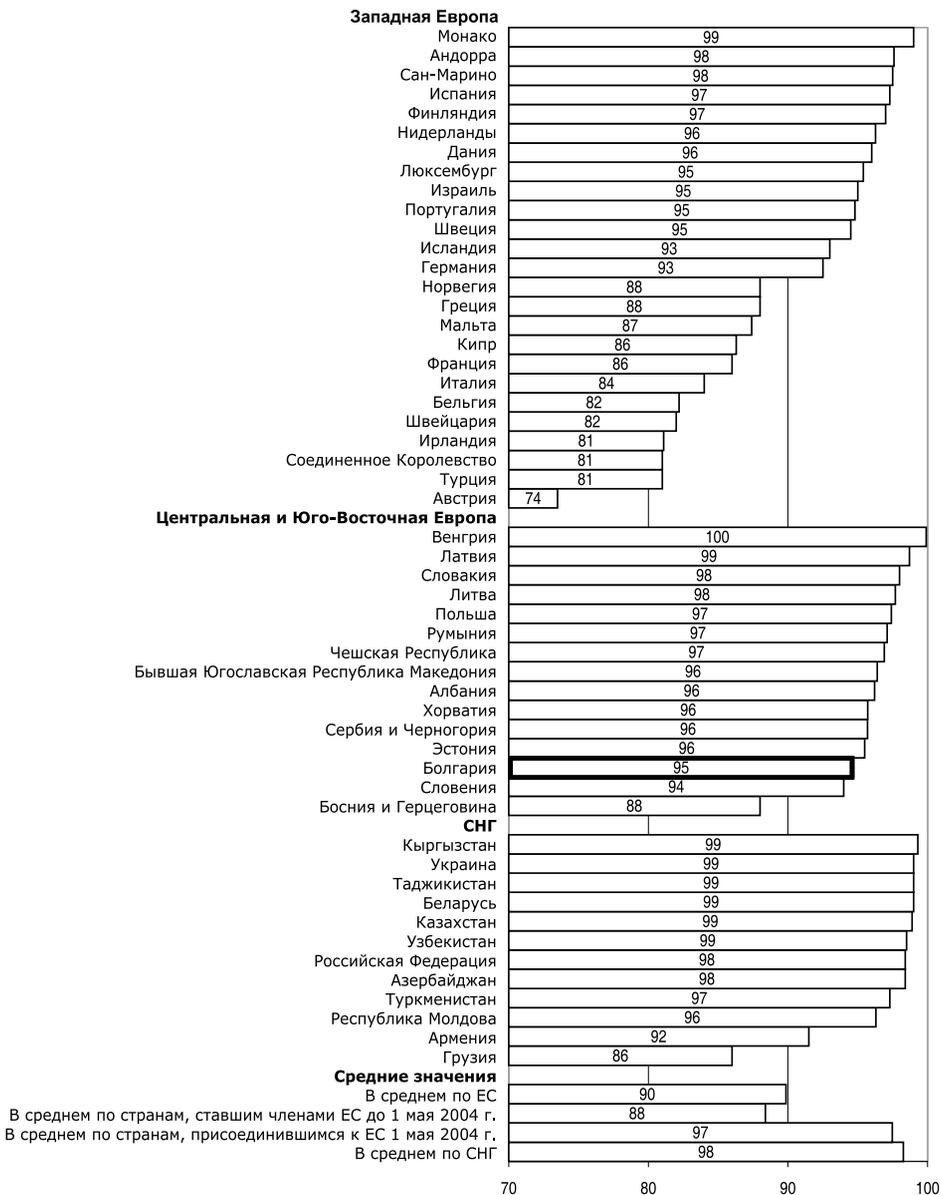
**Таблица 1.5. Смертность по причинам смерти на 100 000 населения, 2004 г.**

Болезни	Число смертей
Сердечно-сосудистые заболевания	1311,2
Новообразования	209,3
Симптомы, признаки и состояния неясного происхождения	104,8
Болезни органов дыхания	75,6
Травмы и отравления	63,7
Болезни органов пищеварения	43,8
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунные нарушения	26,5
Болезни мочеполовой системы	14,4
Болезни нервной системы и органов чувств	12,6

Источник: National Centre Health Informatics, 2005 (12).

С начала 1980-х годов благодаря усилиям государственных органов здравоохранения охват иммунизацией против кори, дифтерии, полиомиелита и коклюша составлял 95%, что позволило обеспечить низкий уровень заболеваемости болезнями, которые можно предотвратить путем вакцинации. Против кори в 2004 г. было иммунизировано примерно 94,7% всех болгарских детей, по сравнению с 88,6% в 2000 г. (10), когда уровень охвата вакцинацией резко упал. В 2004 г. охват иммунизацией был выше, чем в среднем по странам ЕС-15 и ЕС-25 (рис. 1.3).

Рис. 1.3. Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ, 2004 г.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

Примечание: СНГ – Содружество независимых государств; ЕС – Европейский Союз.

## 2. Организационная структура и управление

### 2.1. Историческая справка

#### Ситуация в период до 1989 года

**П**ервый Закон о здравоохранении в Болгарии был принят в 1918 г. В 1924 г. Парламент страны одобрил Закон об общественном страховании, а также об обязательном страховании от болезней и несчастных случаев для всех рабочих и служащих государственных и частных организаций, которое покрывало отпуск по беременности и родам, периоды временной нетрудоспособности и пенсионное обеспечение. В 1925 г. было введено социальное страхование на случай безработицы. Застрахованное население получило право свободного выбора лечащего врача. Медицинскую помощь оплачивал Фонд общественного страхования, взносы в который отчислялись работниками, работодателями и государством.

Социально-экономическое развитие оказало свое влияние и на систему медицинского страхования. Так, в 1945 г. Парламент одобрил Закон о здравоохранении, расширивший объем покрытия медицинского страхования. Конституция 1947 г. внесла радикальные изменения в систему здравоохранения. В 1948–1949 гг. частные больницы, клиники, союзы стоматологов и аптеки были экспропрированы. После 1950 г. принцип медицинского страхования в системе здравоохранения страны был заменен советской моделью Семашко, в соответствии с которой все здравоохранение страны является государственным, а его финансирование основано на налогообложении. Управление системой здравоохранения было централизованным, финансирование производилось за счет

доходов государственного бюджета, при практически полной государственной собственности.

Развитие болгарской системы здравоохранения носило экстенсивный характер и было ориентировано преимущественно на лечение заболеваний: государство стремилось всемерно увеличивать количество медицинских учреждений, больниц и родильных домов, которые строились в сельской местности. Амбулаторную медицинскую помощь оказывали в поликлиниках при больницах. Сектор ПМСП был организован на субрегиональном уровне, а пациенты были прикреплены к врачам в поликлиниках по месту жительства.

В 1950-е годы одним из приоритетов системы здравоохранения стал контроль инфекционных заболеваний (туберкулез, малярия, тиф и паразитарные болезни). В стране начали строиться научно-исследовательские институты, больницы и санитарно-эпидемиологические инспекции. Были проведены масштабные программы иммунизации и развития стоматологии; создана сеть аптек.

В 1960-е и 1970-е годы укрепился больничный сектор. Было построено много новых больниц, а благодаря созданию пяти новых медицинских университетов в стране увеличилось количество врачей. В Законе о народном здравоохранении 1973 г. была описана общая организация болгарской системы здравоохранения, которая предусматривала бесплатное медицинское обслуживание населения и расширенный доступ к услугам здравоохранения. Однако централизация управления и отсутствие гибкости такой системы привели к тому, что она оказалась не способна отвечать нуждам растущего числа хронических больных и практически не обеспечивала стимулов для оказания высококачественных и эффективных медицинских услуг. По мере ухудшения ситуации в экономике объем средств, необходимых для поддержания работы системы здравоохранения, все более сокращался, и спрос на услуги стал значительно превышать их предложение, хотя официально это никогда не признавалось.

## **Развитие событий после 1989 года**

После смены правительства многие элементы болгарской модели здравоохранения были дискредитированы и неизбежный крах системы стал очевиден. На повестке дня правительства встал вопрос о реформировании системы здравоохранения — об изменении системы финансирования, реорганизации сектора ПМСП и рационализации работы сети стационарных и амбулаторных медицинских учреждений.

После того как Парламент Болгарии принял Закон о медицинском страховании 1998 г., в стране была введена система медицинского страхования. Этот закон стал правовой базой для внесения изменений в систему здравоохранения и организации обязательного и добровольного медицинского страхования. Законом о медицинском страховании был учрежден НФОМС и определены взаимоотношения между НФОМС и потребителями и поставщиками медицинских услуг.

Закон о медицинском страховании регулирует также вопросы подписания Национального рамочного договора между НФОМС и профессиональными ассоциациями поставщиков медицинских услуг — ассоциациями врачей и стоматологов. В Национальном рамочном договоре описываются структура и процедуры системы обязательного медицинского страхования, методы оплаты услуг поставщиков и предоставляемые застрахованным услуги. Национальный рамочный договор действует в течение одного года, после чего подписывается новый рамочный договор.

Взносы на медицинское страхование работодатели и работники начали платить в 1999 г., но объем собираемых средств поначалу был очень ограничен в силу низкой налоговой базы из-за низких доходов населения и высокого уровня безработицы.

После введения системы ОМС последовала серия законодательных актов, ставших базой для проведения реформ здравоохранения. В 1995 г. был принят Закон о лекарственных средствах и деятельности предприятий фармацевтической отрасли (14), в котором описывались условия и процедуры лицензирования и контроля производства, клинических испытаний, импорта, экспорта, оптовой и розничной торговли лекарственными средствами, предназначенными для употребления человеком.

В 1998 г. Парламент принял Закон о профессиональных организациях врачей и стоматологов (15), в котором был определен их юридический статус и права. Эти профессиональные организации несут ответственность за лицензирование врачей и стоматологов, управление непрерывным образованием, участие через своих представителей в работе Высшего медицинского совета (ВМС) и представление интересов медицинских работников на переговорах с НФОМС.

Реформы системы здравоохранения включали принятие Закона об учреждениях здравоохранения 1999 г. (16), в котором регулировалась организация медицинской (амбулаторной и стационарной) и стоматологической помощи населению. В соответствии с этим законом были реорганизованы существующие государственные и частные учреждения здравоохранения. В Законе об учреждениях здравоохранения были

также регламентированы процедуры приватизации государственных и муниципальных медицинских учреждений. Приватизация позволяла продавать и сдавать в аренду врачам общей практики амбулаторные учреждения здравоохранения, являющиеся собственностью муниципалитетов.

С этого времени потребители медицинских услуг (пациенты), их поставщики (амбулаторные и стационарные медицинские учреждения) и агенты (плательщики третьей стороны – государственные и частные организации медицинского страхования) стали ключевыми участниками системы здравоохранения, имевшими относительную самостоятельность в создании и использовании ресурсов здравоохранения, что обусловило более рыночно-ориентированный характер болгарской системы здравоохранения.

## **2.2. Организационная структура**

Начиная со второй половины 1990-х годов организационная структура болгарской системы здравоохранения претерпевает ряд быстрых изменений. В 1990-х годах интегрированная, финансируемая за счет налогов и в значительной степени ориентированная на больничное лечение система здравоохранения страны постепенно превратилась в систему, в основе которой лежал принцип обязательного медицинского страхования. Благодаря созданию института врачей общей практики и рационализации системы оказания медицинских услуг укрепился сектор ПМСП.

Нынешняя структура болгарской системы здравоохранения определяется взаимодействием государственного и частного секторов и сочетанием децентрализованных и централизованных методов управления.

Ключевыми организациями болгарской системы здравоохранения являются Парламент, Министерство здравоохранения, НФОМС и Высший медицинский совет. Кроме того, у ряда министерств – таких как Министерство обороны, Министерство внутренних дел и Министерство транспорта – есть собственные учреждения здравоохранения, которые они финансируют и деятельностью которых управляют. Значительно расширилась частная медицинская практика, которая включает стоматологическую практику, аптеки, хирургические клиники, лаборатории и амбулаторные клиники и поликлиники. Основные организации системы и их взаимоотношения показаны на рис. 1.1. Роль и функции каждой из них описаны ниже.

## **Парламент**

Парламент принимает участие в разработке национальной политики здравоохранения. Парламентский комитет по здравоохранению является центральным органом, принимающим законодательство в области здравоохранения. Парламент наряду с государственным бюджетом утверждает также бюджет НФОМС, а с недавнего времени и отчеты об исполнении бюджета НФОМС.

В связи с необходимостью обеспечения прозрачности и большей вовлеченности граждан в процесс принятия решений Парламентский комитет по здравоохранению организует «круглые столы», общественные слушания и опросы общественного мнения по наиболее острым вопросам в сфере здравоохранения. К таким вопросам относятся, в частности, трансплантация органов, тканей и клеток, контроль за оборотом наркотических веществ и их прекурсоров, а также лекарственная политика.

## **Министерство здравоохранения**

Министерство здравоохранения разрабатывает и реализует комплексную национальную политику здравоохранения, определяет цели и приоритеты системы здравоохранения, разрабатывает национальные программы в области здравоохранения, направленные на улучшение состояния здоровья населения, и разрабатывает проекты законодательства, касающегося сектора здравоохранения. Кроме того, министерство планирует и осуществляет надзор за проведением структурных реформ в секторе здравоохранения, включая гармонизацию законодательства в области здравоохранения с нормами ЕС.

Министерство здравоохранения отвечает также за работу всей сети учреждений скорой помощи в стране и сети служб общественного здравоохранения, в состав которой входят несколько национальных центров, инспекции по санитарно-эпидемиологическому надзору (28 инспекций со штаб-квартирами в каждом из 28 административных центров страны), медицинские центры, Национальный совет по борьбе со злоупотреблениями наркотиками и центры по консультированию и тестированию на ВИЧ/СПИД в Софии, Пловдиве, Бургасе, Варне и Плевене. Министерство здравоохранения занимается регистрацией частных учреждений здравоохранения в соответствии с Законом об учреждениях здравоохранения 1999 г. и разрабатывает проекты рекомендаций, инструкций, показателей и методик аккредитации медицинских учреждений.

В фармацевтическом секторе Министерство здравоохранения руководит деятельностью Исполнительного агентства по лекарствам, кото-

рое занимается регистрацией лекарственных средств и контролирует фармацевтический рынок страны. Оно проводит процедуры приватизации компаний, занимающихся производством и распространением фармацевтической и медицинской продукции и осуществляет надзор за централизованными закупками жизнеобеспечивающих и жизненно важных медикаментов.

В состав Министерства здравоохранения входят 28 децентрализованных административных органов (региональные центры охраны здоровья), отвечающих за реализацию национальной политики в области здравоохранения в каждой из 28 областей Болгарии. В настоящее время министерство непосредственно руководит работой ряда национальных исследовательских центров, включая Национальный центр скорой помощи, Национальный центр радиобиологии и радиационной защиты, Национальный центр общественного здоровья, Национальный центр по изучению проблем наркотической зависимости, Национальный центр гематологии и переливания крови, Национальный центр по инфекционным и паразитарным болезням, Национальный центр физиотерапии и реабилитации и Национальный центр медицинской информатики. Кроме того министерство руководит работой Исполнительного агентства по трансплантациям.

## **Другие министерства**

Работе Министерства здравоохранения оказывают содействие другие ведомства, обеспечивающие надзорные функции, научную деятельность и информационные услуги населению в областях, смежных со здравоохранением:

- Министерство окружающей среды и водных ресурсов отвечает за все аспекты охраны окружающей среды и обеспечение здоровья населения.
- Министерство образования и науки отвечает за разработку и распространение материалов по вопросам санитарного просвещения. Оно вводит современные образовательные программы в школах, в которых пропагандируется здоровый образ жизни.
- Министерство сельского и лесного хозяйства в рамках стратегии национальной политики здравоохранения обеспечивает безопасность продуктов питания массового потребления в соответствии с нормами ЕС.

Собственные учреждения здравоохранения есть у Министерства обороны, Министерства транспорта и коммуникаций, Министерства внут-

ренных дел и Министерства юстиции. Работники этих министерств и члены их семей пользуются базовой программой ОМС, но при этом могут также пользоваться услугами общей сети учреждений здравоохранения.

## **Муниципалитеты**

С 1991 г. муниципалитеты несут частичную ответственность за финансирование учреждений здравоохранения, в которых доля муниципальной собственности превышает 50%. Начиная с 1992 г. муниципалитетам передано право собственности на большинство учреждений здравоохранения, включая консультативно-диагностические центры, муниципальные больницы общего профиля, специализированные больницы и амбулаторные клиники, которые обслуживают население соответствующих муниципальных образований. Кроме того, муниципалитеты отвечают за работу специализированных детских и гинекологических больниц, а также специализированных региональных диспансеров (пульмонологических, онкологических, кожно-венерологических и психиатрических).

## **Высший медицинский совет**

Высший медицинский совет действует как консультативный орган по вопросам политики здравоохранения, работы сети больничных учреждений, национальных демографических проблем, медицинского образования и последиplomной подготовки врачей. ВМС определяет основные приоритеты национальной политики здравоохранения и медицинские аспекты демографических проблем в стране.

Председателем ВМС является министр здравоохранения. Совет собирается на свои заседания не реже четырех раз в год и представляет свои заключения по проектам законов и законодательных норм Министерства здравоохранения, а также рекомендации по вопросам финансовой и инвестиционной политики, внедрения медицинских технологий и планирования и профессиональной подготовки человеческих ресурсов. ВМС также дает свои предложения по критериям оценки качества диагностических и профилактических мероприятий.

## **Национальный фонд обязательного медицинского страхования**

В соответствии с Законом о медицинском страховании 1998 г. (17) в 1999 г. был создан НФОМС – самостоятельная организация обязательного медицинского страхования. К ее основным функциям относятся

управление финансовыми ресурсами в здравоохранении в соответствии с Законом о медицинском страховании и Национальным рамочным договором (19) и обеспечение доступа застрахованного населения к медицинской помощи.

НФОМС состоит из центрального отделения, 28 региональных фондов обязательного медицинского страхования (региональные ФОМС) – по одному на каждый региональный центр – и 105 муниципальных отделений. Такая структура охватывает все 265 регионов здравоохранения, которые совпадают с муниципалитетами Болгарии.

НФОМС финансирует всю сеть амбулаторных учреждений здравоохранения и больниц, с которыми у него заключены соответствующие договоры. Сумма взносов на здравоохранение определяется Законом о бюджете НФОМС. НФОМС разрабатывает и оговаривает условия договоров с оптовыми торговцами лекарственными средствами, контролирует заявки на оплату лекарственных средств, разрабатывает для региональных ФОМС методики и руководства по исполнению и мониторингу Национального рамочного договора на их территории, разрабатывает технологию комплексного обмена информацией между национальным и региональным уровнями, а также управляет и контролирует работу национальной информационной системы медицинского страхования.

Руководящими органами НФОМС являются Собрание представителей, правление, Аудиторский совет и директор. Все они избираются на срок 4 года (17).

Собрание представителей является высшим органом управления НФОМС; оно утверждает инструкции по работе НФОМС, избирает и освобождает от должности Правление и Аудиторский совет и определяет размер их вознаграждения и объем работы. Кроме того, Собрание представителей утверждает годовой бюджет НФОМС и отслеживает его исполнение. В Собрание представителей входят представители застрахованного населения, работодатели и государственные служащие. В состав правления входят восемь его членов и избираемый на эту должность председатель. Правление разрабатывает и представляет на утверждение процедуры и инструкции по выдвижению и избранию директора НФОМС, назначает представителей, ответственных за разработку и внесение изменений и дополнений в Национальный рамочный договор и отслеживает исполнение бюджета НФОМС. Аудиторский совет состоит из пяти членов, которые занимаются мониторингом и контролем работы правления, директора НФОМС и директоров региональных ФОМС.

Директор НФОМС избирается правлением. Директор организует и управляет деятельностью региональных ФОМС в соответствии с Законом о медицинском страховании и регулирует структуру и деятельность НФОМС и ответственен за выполнение резолюций высших органов управления.

Двадцать восемь региональных ФОМС готовят региональные схемы обязательного медицинского страхования и от имени НФОМС оговаривают условия договоров с поставщиками медицинских услуг на подведомственной им территории в соответствии с условиями Национального рамочного договора. НФОМС производит оплату за оказанные медицинские услуги через свои 28 региональных ФОМС. Региональные ФОМС являются административными отделениями НФОМС, не имеющими полномочий по принятию решений и избирательному заключению договоров с поставщиками медицинских услуг. Они несут ответственность за ведение переговоров по заключению отдельных соглашений с поставщиками медицинских услуг в рамках Национального рамочного договора, в котором определены базовая программа медицинских услуг, система оплаты за лечебные мероприятия и услуги, предоставляемые застрахованному населению.

Каждый из региональных ФОМС отвечает за проведение анализа состояния здоровья населения на подведомственной ему территории и за регулярное обновление Региональной карты здоровья (РКЗ). РКЗ содержит информацию об инфраструктуре здравоохранения и инвестициях в стационарное и амбулаторное лечение в каждом регионе. Составление РКЗ производится на основании сведений о существующих учреждениях здравоохранения и их возможностях по оказанию медицинской помощи населению. При составлении РКЗ учитываются такие факторы, как географическое положение, существующая инфраструктура, демографическая стратификация, социальные характеристики и состояние здоровья населения региона. Кроме того, в РКЗ должны быть указаны потребности страны в скорой, первичной, специализированной амбулаторной и стационарной помощи.

В целях обеспечения большей доступности для населения и поддержки местных поставщиков медицинских услуг НФОМС учредил также свои муниципальные отделения. Муниципальные отделения НФОМС занимаются проверкой медицинской документации поставщиков услуг ПМСП, списков зарегистрированных рецептов на лекарства для хронических больных, составлением ежемесячных отчетов о поставщиках медицинских услуг и передачей полученной от региональных ФОМС документации для обработки.

## Профессиональные организации

В соответствии с Законом 1998 г. о профессиональных организациях врачей и стоматологов (15) в 1990 г. в Болгарии были восстановлены Болгарская медицинская ассоциация и Союз стоматологов Болгарии.

Профессиональные организации защищают права и интересы своих членов. Кроме того, они принимают участие в разработке и утверждении проектов основных нормативных актов в сфере здравоохранения, которые предлагает и принимает Парламент. В ведении профессиональных организаций находятся следующие вопросы: обеспечение непрерывного образования и подготовки медицинских кадров, осуществление профессионального контроля, надлежащая медицинская практика и соблюдение работниками здравоохранения норм этики. Большинство медицинских работников являются членами соответствующих профессиональных организаций.

В настоящее время и Болгарская медицинская ассоциация, и Союз стоматологов принимают участие в подготовке и подписании Национального рамочного договора, в котором оговорены условия и процедуры оплаты услуг здравоохранения, предоставляемых застрахованному населению.

Кроме того, в стране есть профессиональные организации медсестер, акушерок, фармацевтов и работников парамедицинских специальностей, а также организации, представляющие интересы больниц, фармацевтических фирм и компаний добровольного медицинского страхования. Все они начинают принимать все более активное участие в разработке политики здравоохранения.

## Частный сектор

В 1991. была узаконена частная медицинская практика, и с тех пор ее масштабы значительно расширились. В настоящее время в стране есть частнопрактикующие стоматологи, частные аптеки, хирургические кабинеты, медицинские лаборатории, амбулатории и поликлиники. Количество частных больниц увеличилось с 32 в 2003 г. до 40 в 2004 г. На частные больницы приходится 16% всех стационарных учреждений и 2% больничных коек в стране (12). Большинство из этих больниц не имеет договоров с НФОМС, и их услуги пациенты полностью оплачивают сами. Однако большинство пациентов не могут позволить себе воспользоваться платными медицинскими услугами или приобрести полис ДМС, поэтому частнопрактикующие поставщики медицинс-

ких услуг стремятся заключать договоры с НФОМС, чтобы иметь возможность получать плату за услуги из государственных источников. Медицинские учреждения, которые оказывают услуги, покрываемые за счет добровольного медицинского страхования, могут быть как частными, так и находиться в государственном (муниципальном) подчинении; это могут быть учреждения любого типа, в том числе индивидуальная частная практика.

После введения в 1999 г. Закона об учреждениях здравоохранения врачи и стоматологи получили право вести собственную частную практику в секторах первичной, специализированной и стоматологической помощи. Групповая врачебная практика, медицинские центры, консультативно-диагностические центры, лаборатории и хосписы создаются государством или муниципалитетами в форме компаний, кооперативов, акционерных обществ или обществ с ограниченной ответственностью.

Законом о лекарственных средствах и деятельности предприятий фармацевтической отрасли (14) была создана база для реструктуризации и приватизации в секторе производства и распространения лекарственных средств. На момент составления данного обзора большинство аптек в стране было приватизировано.

Частный сектор в Болгарии представлен также коммерческими страховыми компаниями, предоставляющими населению услуги по ДМС. В 2006 г. 10 компаний предлагали дополнительные программы наряду с базовой государственной программой по ОМС, покрываемой за счет средств НФОМС. Лицензирование компаний, занимающихся ДМС, контролирует Комиссия по финансовому надзору (КФН) – орган, подчиненный Министерству финансов, который контролирует работу страховых компаний, пенсионных фондов и компаний, занимающихся добровольным медицинским страхованием (КДМС). Частная медицинская страховка покрывает стоимость услуг, не входящих в базовую программу медицинских услуг, покрываемую НФОМС, а также стоимость услуг, покрываемых НФОМС. Фондам добровольного медицинского страхования разрешено владеть собственными медицинскими учреждениями.

Помимо ДМС и индивидуального доступа к услугам частного здравоохранения, некоторые работодатели заключают непосредственно с частными медицинскими учреждениями договоры на обслуживание своих сотрудников и членов их семей. Такие договоры обеспечивают регулярные профилактические медицинские осмотры, раннюю диагностику и лечение в случае необходимости.

## **Неправительственные организации**

В секторе здравоохранения работает ряд неправительственных организаций, в том числе и те, которые существовали еще в период коммунистического правления – например, общества слепых, глухих и инвалидов. Кроме того, было создано несколько новых организаций, представляющих интересы людей, страдающих множественным склерозом, диабетом и раком. Есть и другие НПО, занимающиеся защитой прав пациентов, но особого влияния на политику здравоохранения они не оказывают.

## **Медицинские учебные заведения**

Медицинские учебные заведения – медицинские университеты Софии, Варны и Пловдива, а также высшие медицинские институты в городах Плевен и Стара Загора – являются практически самостоятельными организациями, координацией деятельности которых занимаются Министерство здравоохранения и Министерство образования и науки. Начиная с 1999 г. финансированием и управлением университетскими больницами занимается Министерство здравоохранения, а учебную подготовку медиков в этих больницах финансирует Министерство образования и науки.

## **2.3. Децентрализация и централизация**

Процесс децентрализации можно рассматривать как передачу государственных функций политико-административным органам местного уровня. Этот процесс начался вне сектора здравоохранения, и в его основе лежали политические соображения. Тем не менее это во многом коснулось и сектора здравоохранения – например, в том, что касается изменения прав собственности поставщиков медицинских услуг и передачи прав по сбору доходов в бюджет от центральных органов к местным. Однако в результате всех этих преобразований в Болгарии, как и в некоторых других странах Центральной и Восточной Европы, возникло больше проблем, чем их решений. Главным соображением, которое лежало в основе процесса децентрализации сектора здравоохранения, было стремление приблизить услуги здравоохранения к нуждам местного населения и улучшить систему подотчетности, но при этом децентрализация привела также к раздробленности системы сбора финансовых средств и усугубила географическое неравенство.

До реформ 1990-х годов организационная структура здравоохранения страны была централизованной. Решения принимались централизованно, а финансовые средства перечислялись непосредственно из Министерства финансов в Министерство здравоохранения, которое отвечало за финансирование здравоохранения, распределение ресурсов, управление поставщиками медицинских услуг и руководство деятельностью сектора. После реформ болгарское здравоохранение перешло на финансирование по принципу обязательного медицинского страхования; был создан полуавтономный орган – НФОМС, который получил право собирать взносы на медицинское страхование и распределять ресурсы между поставщиками услуг. Операционная деятельность НФОМС является децентрализованной – полномочия делегированы 28 региональным фондам обязательного медицинского страхования (региональным ФОМС). Министерство здравоохранения передало многие из своих административных функций 28 региональным центрам охраны здоровья, в которых предусмотрена более или менее единообразная структура управления.

Еще одной важной чертой реформ болгарской системы здравоохранения является приватизация. В Законе об учреждениях здравоохранения регламентированы процедуры приватизации государственных и муниципальных медицинских учреждений. Начиная с 1992 г. право собственности на большинство учреждений здравоохранения было передано местным муниципалитетам. Вновь учреждаемые учреждения амбулаторной помощи регистрируются в соответствии с нормами торгового права как коммерческие компании. Часть их уставного капитала принадлежит государству, другая часть – муниципалитетам. При этом управление собственностью в соответствии с долями в уставном капитале осуществляется министром здравоохранения и муниципальным советом. Расположенные в региональных центрах региональные больницы были преобразованы в медицинские учреждения, являющиеся акционерными обществами со смешанной формой собственности: 51% их акционерного капитала принадлежит Министерству здравоохранения, а 49% – муниципалитетам (по данным 2003 г.) (18). Остальные государственные учреждения здравоохранения были преобразованы в медицинские учреждения или диспансеры, являющиеся товариществами с ограниченной ответственностью, принадлежащие муниципалитетам. Учреждения по оказанию амбулаторной медицинской помощи были преобразованы в государственные или муниципальные медицинские учреждения.

Закон о лекарственных средствах и деятельности предприятий фармацевтической отрасли 1995 г. обеспечил правовую базу для реструкту-

ризации и приватизации предприятий по производству и распространению лекарственных средств, и большинство аптек в стране сейчас приватизировано.

## **2.4. Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения**

В Болгарии права пациентов определены в Законе о медицинском страховании 1998 г. (17), в Законе об учреждениях здравоохранения 1999 г. (16), в Национальном рамочном договоре (19) и в Законе о здравоохранении 2004 г. (20). Эти нормативные документы регулируют права граждан в процессе предоставления медицинской помощи, их право на принятие решения и право выбора врача и медицинского учреждения.

### **2.4.1. Права пациентов**

До 2004 г. права пациентов определялись Национальным рамочным договором, в котором были оговорены вопросы доступа к медицинской помощи, обеспечения справедливости и права пациентов на принятие информированных решений. Дальнейшее развитие прав пациентов произошло с введением Закона о здравоохранении 2004 г., который вступил в силу в январе 2005 г.

Информация о правах пациентов содержится в статье 81 Закона о здравоохранении (20). В части 3 раздела II этого закона определены права и обязанности пациентов, касающиеся всех их контактов с системой здравоохранения. В статье 84 приводятся определение и условия, дающие право считаться пациентом, а также правила, регулирующие вопросы прикрепления пациентов. Следует отметить, что прикрепление пациента к определенному врачу или медицинскому учреждению осуществляется только по его желанию.

В статьях 85 и 86 прописано право граждан на получение медицинской помощи, вне зависимости от их расы, пола, возраста, этнической, религиозной и политической принадлежности, образования, культурных верований, сексуальной ориентации и социального статуса. Эти статьи включают также право доступа к высококачественному медицинскому обслуживанию, право на получение заключения более чем одного специалиста о диагнозе и лечении, право пациента на конфиденциальность информации о его состоянии здоровья, право на получение пособия по болезни и право на получение разъяснений со стороны медицинских

работников по вопросам прав пациентов, обязанностей, состояния здоровья и возможных вариантов лечения.

В статье 87 определяются права госпитализированных пациентов. Права и процедуры получения информированного согласия оговорены в статьях 88 и 89 Закона о здравоохранении, а в статьях 90 и 9 – правила, касающиеся прерывания лечения. Процедура обжалования в связи с нарушением прав пациентов описана в статье 93.

В главе 5 Закона о здравоохранении перечислены все аспекты прав больных с психическими заболеваниями. Юридические процедуры принудительной госпитализации и лечения таких больных, а также требования, касающиеся обжалования решений суда в этой связи, описаны в статьях 154 и 155.

В Законе о здравоохранении рассматриваются также санкции в отношении медицинских работников и поставщиков медицинских услуг, которые применяются в случае нарушения ими прав пациентов – например, наложение штрафов или отзыв лицензии на медицинскую практику на определенный период.

Кроме того, Закон о здравоохранении определяет права и средства защиты пациентов, участвующих в клинических испытаниях, которые регулируются также Законом о лекарственных средствах. Еще одним органом, отвечающим за обеспечение безопасности и прав пациентов во время клинических испытаний, является Центральный комитет по этике.

#### **2.4.2. Право пациента на выбор врача и медицинского учреждения**

В Законе о медицинском страховании 1998 г. и в Национальном рамочном договоре оговорены права пациентов на выбор врача и/или медицинского учреждения. Каждый гражданин Болгарии имеет право без каких бы то ни было административных и/или территориальных ограничений выбрать себе врача общей практики. С 2005 г. некоторые группы пациентов – например, женщины, имеющие детей, – имеют право свободного выбора педиатра для своих детей и гинеколога для себя, без направления от врача общей практики. Кроме того в соответствии с дополнениями к Закону о медицинском страховании население имеет право свободного выбора и доступа к медицинской помощи вне зависимости от места жительства. Пациенты имеют право также на свободный выбор больничного учреждения, но направляются при этом к определенным специалистам в этом учреждении.

Вместе с тем в целях регулирования оказания специализированной амбулаторной помощи населению НФОМС ввел месячную квоту на количество направлений к врачам-специалистам, выдаваемых врачами общей практики. Кроме того, были введены соплатежи пациентов, в результате чего был ограничен доступ к медицинской помощи для некоторых уязвимых групп пациентов, например, для пенсионеров и малоимущих. Пациенты, не имеющие направлений от врача общей практики, должны самостоятельно оплачивать услуги специализированной помощи. Таким образом, в Болгарии, как во многих других странах, задача повышения эффективности медицинского обслуживания вошла в противоречие с другими целями здравоохранения – например, с обеспечением доступности медицинских услуг и справедливости в их предоставлении.

### **2.4.3. Информация, предоставляемая пациентам**

С 1999 г. был значительно расширен как объем информации, предоставляемой пациентам, так и различные пути и методы распространения такой информации при условии соблюдения личных прав и свобод пациентов. Особую значимость приобрела дополнительная подготовка медиков на факультетах общественного здравоохранения, медицинской этики и деонтологии. Были достигнуты большие успехи в области перехода от патерналистской модели поведения медицинских работников к непатерналистской, в которой главным приоритетом является моральная автономия пациента. В основе непатерналистской модели лежат принципы информированного согласия и предоставления пациенту подробной и полной информации, позволяющей ему принимать самостоятельные информированные решения в отношении своего здоровья. Положения, касающиеся информации, предоставляемой пациентам, и требования, связанные с информированным согласием, регулируются Законом о здравоохранении 2004 г. Законом о защите персональных данных 2004 г. регулируются вопросы защиты и раскрытия персональной информации.

В соответствии со статьей 27 Закона о здравоохранении 2004 г. информация о здоровье определяется как «персональные данные, связанные с состоянием здоровья, физическим и психологическим развитием человека, а также любая другая информация, содержащаяся в медицинских предписаниях, рецептах, записях, справках и другой медицинской документации» (20).

Информация о здоровье в медицинских учреждениях собирается, обрабатывается, используется и хранится в соответствии с распоряже-

ниями Министра здравоохранения, утвержденными по согласованию с Национальным статистическим институтом (20).

В статье 86 Закона о здравоохранении 2004 г. определены право, вид, объем и метод предоставления информации пациентам с учетом возможности получения медицинского заключения другого врача. Важным положением этой статьи является право пациента на получение следующей информации: более одного медицинского заключения о диагнозе, лечении и прогнозе развития своего заболевания; защита любых данных, касающихся состояния своего здоровья; простое и доступное объяснение своих прав и обязанностей; ясная и понятная информация о состоянии своего здоровья и о возможных методах лечения (20).

В параграфе 2 этой статьи признается право пациента на получение информации не только о лечении и состоянии своего здоровья, но и о стоимости услуг, лечения и медикаментов, а также другой медицинской информации, которая ему может понадобиться во время амбулаторного и стационарного лечения (20).

В статье 88 Закона о здравоохранении 2004 г. указана та информация, которую поставщик медицинских услуг обязан сообщить пациенту в целях соблюдения требований о получении информированного согласия пациента или (когда речь идет о несовершеннолетних, детях или юридически недееспособных лицах) его представителя. В соответствии с данной статьей врач (стоматолог) обязан предоставить пациенту своевременную и ясную информацию по следующим вопросам:

- диагноз и характер заболевания;
- цели и характер лечения, разумные альтернативы, ожидаемые результаты и прогноз;
- потенциальные риски, связанные с предлагаемыми методами диагностики и лечения, включая побочные эффекты и нежелательные медицинские реакции, боль и иной дискомфорт;
- вероятность благоприятного воздействия, риск для здоровья в случае применения других методов лечения или отказа от лечения (20).

Право на получение информации и свобода в принятии решения относительно собственного репродуктивного здоровья пациента определены в разделе, посвященном репродуктивному здоровью (статья 26), где оговорены методы защиты и сбора персональных данных, не допускающие распространения и идентификации информации о донорах и реципиентах. В соответствии со статьей 132 Закона о здравоохранении 2004 г. медицинские учреждения, занимающиеся вспомогательными репродуктивными технологиями, обязаны вести официальные регистры, включающие сведения о донорах и реципиентах, о яйцеклетках и их

донорах, о результатах применения вспомогательных репродуктивных технологий, а также медицинские данные о состоянии здоровья реципиента и ребенка. Аналогичные нормы установлены также в Законе о трансплантации органов, тканей и клеток.

НФОМС как орган, защищающий права пациентов, обеспечивает ознакомление пациента с новейшей и достоверной информацией о правах пациентов, о поставщиках медицинских услуг, имеющих договор с НФОМС, и о видах и объемах предоставляемых медицинских услуг.

В целях улучшения доступности для населения в региональных ФОМС и муниципальных отделениях НФОМС организованы кабинеты, где граждане могут получить всю последнюю информацию и подать жалобу. У НФОМС также есть Интернет-сайт и 10 телефонов «горячей линии» для консультаций, по которым пациенты, партнеры по договорам и различные организации могут получить ответы на свои вопросы. Права и обязанности застрахованных граждан разъясняются также в СМИ и публикациях НФОМС.

Аналогичная деятельность ведется также Министерством здравоохранения, которое отвечает за аккредитацию медицинских учреждений и сбор жалоб пациентов на качество медицинских услуг.

#### **2.4.4. Процедуры обжалования**

Процедуры обжалования и подачи апелляций оговорены в двух основных законах: в Законе об общественных запросах, сигналах, жалобах и апелляциях и в Законе о здравоохранении. В соответствии с Законом о здравоохранении 2004 г. пациенты (или их попечители) имеют право подать жалобу в региональные центры охраны здоровья в случае возникновения любых споров или нарушений прав пациентов в связи с полученной медицинской помощью. Региональные центры охраны здоровья обязаны в семидневный срок провести расследование в связи с поданной жалобой/апелляцией. Если имело место какое-либо нарушение, то инспектор регионального центра охраны здоровья обязан составить заявление об административном правонарушении, по которому директор регионального центра охраны здоровья должен издать приказ о наложении взыскания. Затем этот приказ направляется для уведомления в профессиональные организации и все соответствующие региональные ФОМС, с которыми связан тот работник здравоохранения, в отношении которого издан этот приказ. Инспектор регионального центра охраны здоровья обязан уведомить пациента, подавшего жалобу, обо всех решениях и/или мерах, принятых в связи с его жалобой, в трехдневный срок после окончания расследования (20).

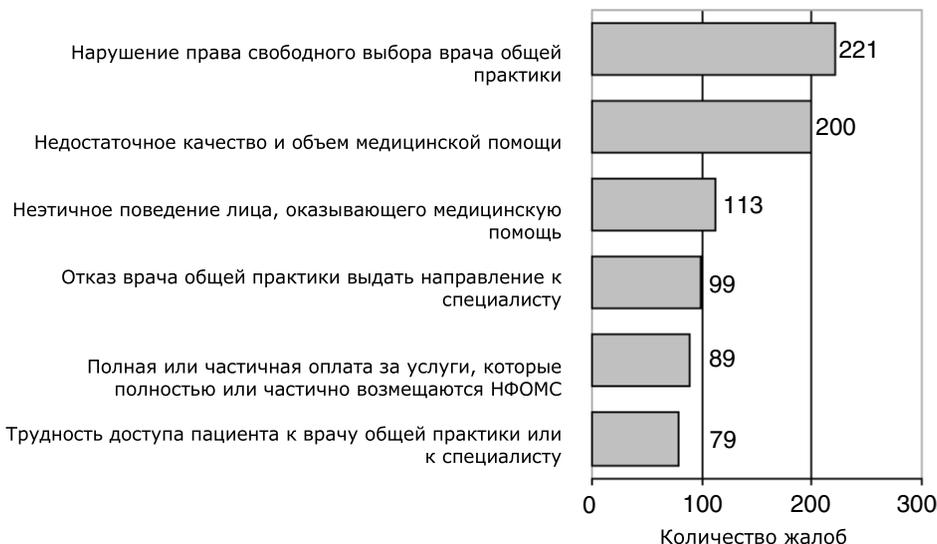
На работников здравоохранения могут быть также наложены любые взыскания, предусмотренные Законом о профессиональных организациях (15), Законом о медицинском страховании (17) и Законом о здравоохранении (20). Например, Закон о здравоохранении 2004 г. предусматривает санкции за любые необоснованные нарушения прав пациентов на получение информации или порядка ее предоставления. К таким санкциям относятся штраф в размере от 300 до 1000 левов и возможное лишение права заниматься медицинской практикой на срок от шести месяцев до года за непредоставление пациентам информации об их состоянии здоровья, позволяющей им принять информированное решение о своем лечении. В случае повторного нарушения размер штрафа увеличивается до 500–1500 левов. Любое должностное лицо, незаконно предоставляющее информацию о здоровье, может быть подвергнуто штрафу в размере 500–1500 левов или 2000–6000 левов в случае повторного нарушения, либо более строгому взысканию (20).

В случае нарушений, связанных с медицинским страхованием или с ненадлежащим предоставлением медицинской помощи, пациенты и их попечители могут также подать жалобу руководству соответствующего медицинского учреждения или в соответствующее отделение регионального ФОМС в порядке, предусмотренном Национальным рамочным договором.

Согласно статистике НФОМС, в 2004 г. 28 отделений региональных ФОМС получили в общей сложности 1373 жалобы застрахованных и 88 жалоб от партнеров по договорам. В связи с этими жалобами было проведено 759 медицинских и 282 финансовых проверок, в результате которых 5% жалоб были направлены в другие компетентные органы, а по 12% жалоб были проведены проверки документации. По 53% жалоб физических лиц и 34% жалоб партнеров по договорам были проведены медицинские расследования, а по 19% жалоб физических лиц и 26% жалоб партнеров по договорам – финансовые проверки (21).

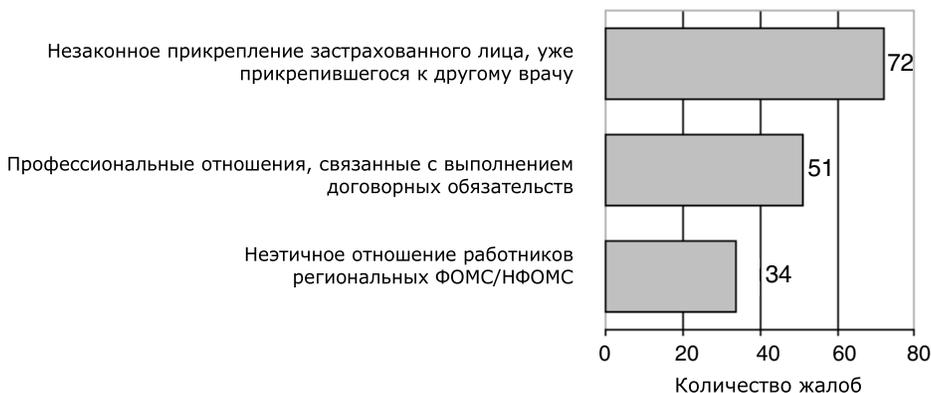
В результате 363 жалобы физических лиц (26% от общего числа жалоб) и 12 жалоб партнеров по договорам (40% от общего числа жалоб) были признаны законными и обоснованными. Наиболее распространенные причины жалоб со стороны физических лиц и со стороны партнеров, согласно данным региональных ФОМС в 2004 г., приведены на рис. 2.1.

Подробный анализ деятельности по контролю за 2004 г. позволяет сделать заключение о необходимости принятия мер по проведению проверок и инспекций в следующих проблемных областях: отслеживание маршрута пациента в системе здравоохранения во время амбулаторного лечения после выписки из стационара, особенно в случаях, когда пациент страдает хроническим заболеванием или нуждается в постоянном

**Рис. 2.1а. Наиболее распространенные причины жалоб пациентов, 2004–2005 гг.**

Источник: National Health Insurance Fund, Annual Activity report for 2004, 2005 (21).

Примечания: НФОМС – Национальный фонд обязательного медицинского страхования.

**Рис. 2.1б. Наиболее распространенные причины жалоб партнеров по договорам, 2004–2005 гг.**

Источник: National Health Insurance Fund, Annual Activity report for 2004, 2005 (21).

Примечания: Региональный ФОМС – Региональный фонд обязательного медицинского страхования, НФОМС – Национальный фонд обязательного медицинского страхования.

наблюдении; проведение систематических проверок работы врачей общей практики и специализированной индивидуальной медицинской практики; отчетность врачей-специалистов о состоянии пациентов, нуждающихся в постоянном наблюдении; контроль за применением нормативных документов, определяющих целесообразность и коррек-

тное определение объемов медицинской помощи пациентам, и прежде всего пациентам, нуждающимся в постоянном наблюдении (21).

В Законе о медицинском страховании 1998 г., в Законе о здравоохранении 2004 г. и в Гражданском кодексе предусмотрены дополнительные возможности граждан по урегулированию жалоб в судебном порядке. За последние пять лет было подано несколько судебных исков граждан в связи с действиями врачей (ошибки в лечении или непредоставление медицинской помощи надлежащего качества или объема).

#### **2.4.5. Безопасность пациентов и компенсации**

В Болгарии нет надлежащим образом функционирующей национальной стратегии обеспечения безопасности пациентов и системы компенсаций за неправильное лечение и халатное отношение медицинских работников к своим обязанностям. Ассоциации, занимающиеся защитой интересов и безопасности пациентов и добивающиеся возмещения ущерба в связи с ненадлежащим медицинским обслуживанием, не централизованы и оказывают только единичные услуги. Некоторые вопросы безопасности пациентов, касающиеся случаев неправильного лечения и халатного отношения медицинских работников, информирования и просвещения пациентов, находятся в ведении соответствующих больничных комитетов. Некоторые пробелы в защите пациентов ликвидируют неправительственные организации, которые ведут ряд проектов в этой области. Определенные элементы этой проблемы косвенно присутствуют также в различных проектах и стратегиях Министерства здравоохранения – например, тех, которые связаны с аккредитацией медицинских учреждений и разработкой клинических руководств.

В стране отсутствует система отчетности и публикации сведений о врачебных ошибках. Это оказывает негативное влияние на развитие медицины и медицинской практики и подрывает права пациентов и их доверие к системе здравоохранения. Одним из требований Закона о профессиональных организациях врачей и стоматологов является разработка правил надлежащей медицинской практики, а также мониторинг, отчетность и контроль соблюдения этих правил. К сожалению, это юридическое требование до сих пор не выполняется, и пока в Болгарии отсутствует система отчетности о нарушениях таких правил и принятия мер по улучшению качества медицинского обслуживания.

В Закон о лекарственных средствах и деятельности предприятий фармацевтической отрасли включено положение о том, что Исполнительное агентство по лекарствам (ИАЛ) обязано вести мониторинг, отчетность и контроль за любыми неблагоприятными реакциями на лекарства.

В последние годы в этой области наметились существенные положительные сдвиги, связанные с соблюдением требований ЕС, и по этому вопросу действующее законодательство Болгарии полностью соответствует нормам ЕС.

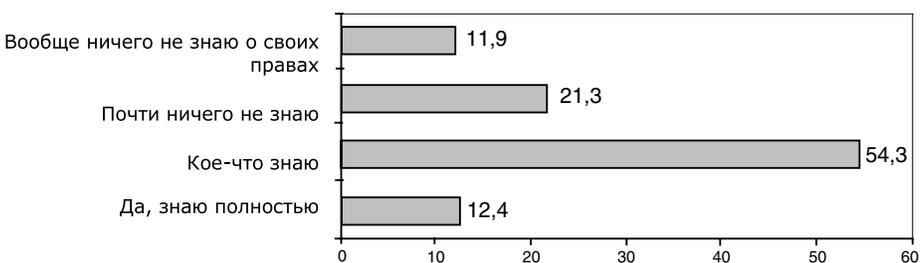
#### 2.4.6. Участие и вовлеченность пациентов в деятельность системы здравоохранения

Как уже говорилось, с началом процесса реформ здравоохранения в Болгарии участие пациентов и их вовлеченность в деятельность системы здравоохранения возросли. В настоящее время законодательно расширены права пациентов, включая право на получение информации и на выбор врача и медицинского учреждения. Однако на момент составления данного обзора у пациентов все еще не было возможности активного участия в процессе принятия решений по вопросам качества медицинских услуг и распределения средств. Стратегия здравоохранения на 2007–2010 гг. предусматривает более активную роль пациентов в разработке политики здравоохранения.

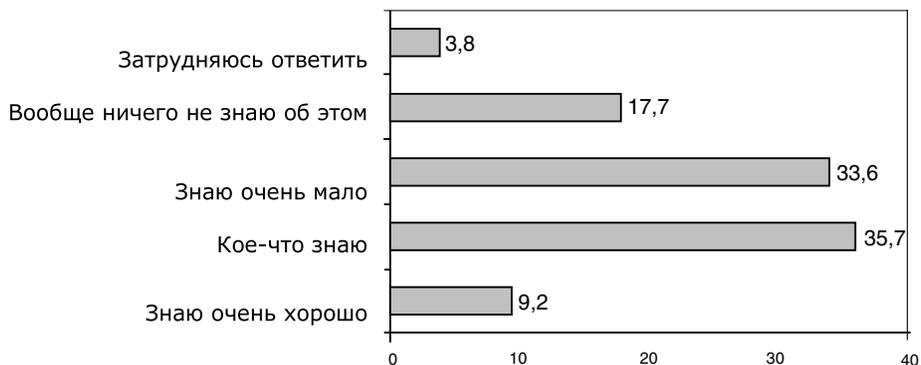
Были достигнуты определенные успехи в области информирования населения о правах пациентов, об условиях оплаты медицинских услуг и о возможностях выбора услуг и их поставщиков. По данным опроса 2003 г., 67% опрошенных жителей Болгарии «достаточно хорошо» или «кое-что» знали о своих правах; в 2001 г. этот показатель составлял 48% (22). В этом опросе участвовали 1018 взрослых болгар. Опрос проводился методом личных интервью в апреле 2003 г. Некоторые его результаты представлены на рис. 2.2.

Вместе с тем рис. 2.3 показывает, что пациенты довольно плохо осведомлены о реформах в системе здравоохранения. 51% опрошенных считают, что информированы об этом плохо, и только 9% полагают, что знают о реформах здравоохранения очень хорошо. По сравнению с

Рис. 2.2. Результаты опроса пациентов о знании ими своих прав



Источник: Georgieva et al., 2003 (23).

**Рис. 2.3. Результаты опроса пациентов об их осведомленности о процессах реформ в системе здравоохранения**

Источник: Georgieva et al., 2003 (23).

2001 г., когда всего 2% респондентов считали, что хорошо осведомлены о реформах здравоохранения, осведомленность общества возросла на 7% (22).

### 3. Финансирование

**В** настоящее время в Болгарии действует смешанная система финансирования здравоохранения. Источниками финансовых средств являются взносы на обязательное и добровольное медицинское страхование, налоги, а также формальные и неформальные платежи населения.

Начиная с 1998 г. общие расходы на здравоохранение растут как в абсолютном, так и относительном выражении, исчисляемом в процентах к ВВП. В 2003 г. в структуре общих расходов на здравоохранение наибольшую долю составляли личные платежи граждан (44,8%). Затем шли расходы на ОМС (28,1%), правительственные расходы (26,4%), внешние источники финансирования (1,0%) и расходы на ДМС (0,7%) (24).

Сбором государственных налогов и взносов на ОМС занимается Главное налоговое управление, а местных налогов и пошлин – муниципалитеты. Государственные налоги поступают в центральный бюджет. Взносы на ОМС поступают в НФОМС для последующих закупок медицинских услуг.

До введения ОМС финансирование системы здравоохранения производилось главным образом за счет налогообложения из двух основных источников: из государственного бюджета и из муниципальных бюджетов. В результате радикальной реструктуризации системы здравоохранения в 1998 г., когда Парламент Болгарии принял Закон о медицинском страховании, была создана система ОМС и организованы все соответствующие механизмы для ее функционирования. Законом о медицинском страховании был учрежден НФОМС и определена система взаимоотношений между НФОМС, потребителями и поставщиками медицинских услуг (17). Добровольным медицинским страхо-

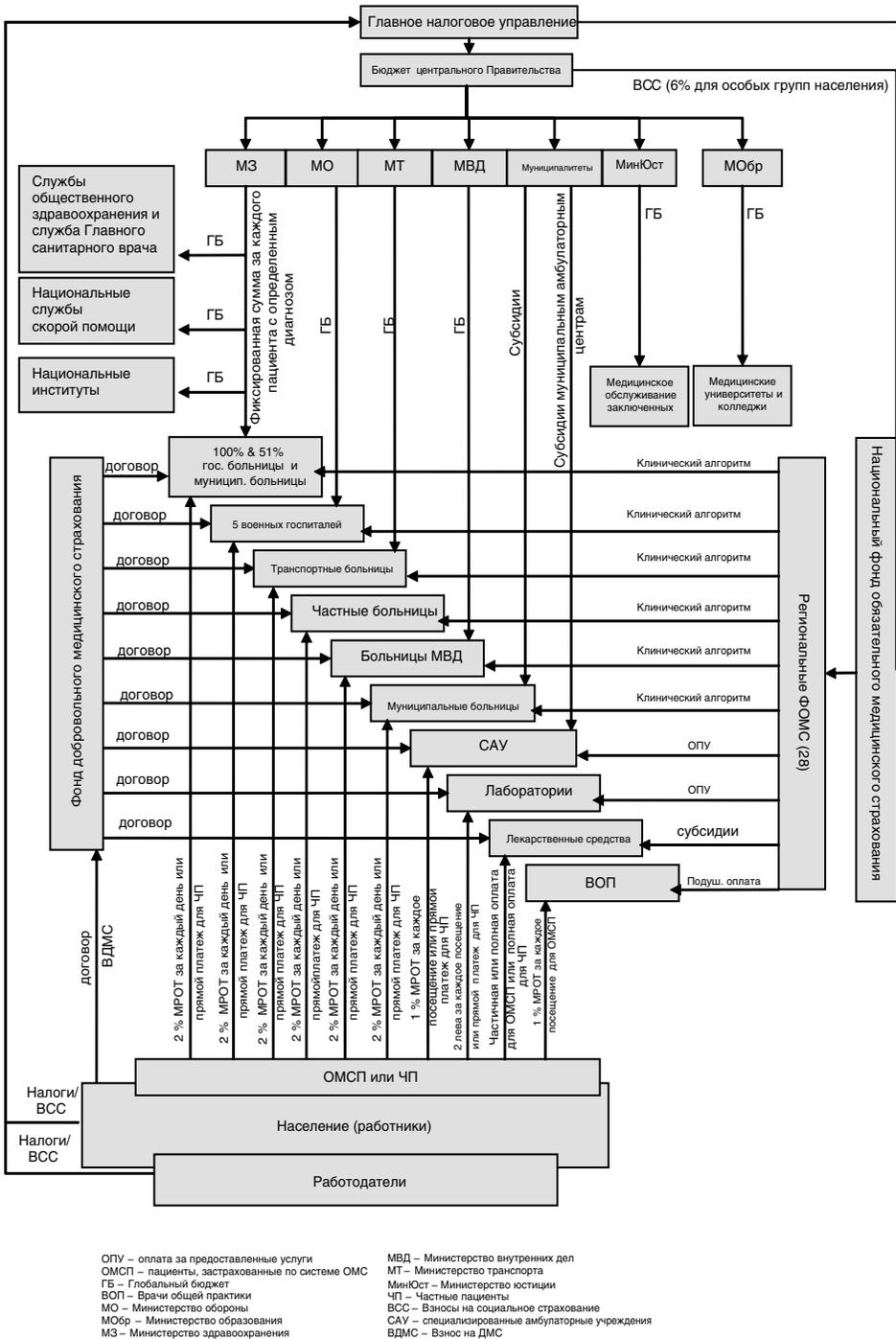
ванием занимаются страховые организации, являющиеся акционерными обществами, зарегистрированные в соответствии с нормами торгового права и лицензированные в соответствии с порядком и процедурами, установленными Законом о медицинском страховании (17).

После вступления в силу законодательства о медицинском страховании в 1999 г. работодатели и работники начали платить взносы на медицинское страхование. Размер взноса был установлен на уровне 6% от заработной платы, и на первых порах взнос распределялся между работодателем и работником в соотношении 80:20 (17). В силу поправок к Закону о медицинском страховании это соотношение менялось почти каждый год, и в соответствии с поправками от 3 октября 2006 г. к 2009 г. оно должно дойти до уровня 50:50 (17). За временно безработных, малоимущих, пенсионеров, студентов, военнослужащих, государственных служащих и другие уязвимые категории населения отчисления на медицинское страхование производятся из средств центрального и местных бюджетов. В настоящее время программой обязательного медицинского страхования охвачено около 92% населения Болгарии (21). Этнические меньшинства (например, цыгане), а также постоянно безработные системой ОМС не охвачены.

В целях регулирования системы медицинского страхования был подписан первый Национальный рамочный договор. На основании Национального рамочного договора НФОМС осуществляет финансирование на основе договоров всей сети амбулаторных учреждений, а с июля 2000 г. — около 20% стационарных учреждений (19). На рис. 3.1 приведена схема финансирования болгарской системы здравоохранения.

Министерство здравоохранения финансирует университетские больницы, специализированные медицинские учреждения национального и регионального уровней, сеть учреждений общественного здравоохранения, национальные программы в области здравоохранения, медицинские исследования и программы международного сотрудничества. Муниципалитеты собирают собственные средства для оказания финансирования медицинской помощи и получают дополнительные средства от центрального Правительства. Муниципалитеты по-прежнему финансируют больницы, находящиеся на подведомственной им территории и не имеющие договоров с НФОМС, за исключением региональных больниц, которые финансируются Министерством здравоохранения. Ожидается, что в финансировании больниц доля медицинского страхования будет увеличиваться, постепенно замещая долю государственного и муниципальных бюджетов.

Рис. 3.1. Схема финансирования



### 3.1. Расходы на здравоохранение

В переходный период расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП, были в Болгарии одними из самых низких в Центральной и Восточной Европе, и в настоящее время они значительно ниже среднего показателя по ЕС. По оценкам ВОЗ за 2004 г., общие расходы на здравоохранение в 2004 г. в Болгарии составляли 7,7% ВВП (10) (табл. 3.1). Как видно из рис. 3.2, в 2004 г. этот показатель был значительно ниже среднего по ЕС-15, который составлял 9,3% ВВП, но выше, чем в среднем по ЕС-10 (6,8%). Однако в 1999–2004 гг. расходы на здравоохранение возросли с 6,0% до 7,7% ВВП (рис. 3.3). Значительно возросли и расходы на здравоохранение в абсолютном выражении. В 2004 г. в Болгарии в расчете на душу населения было затрачено 638 долларов США по ППС, что вдвое превышает аналогичный показатель 2000 года (342 доллара США по ППС) (рис. 3.4). Это по-прежнему гораздо меньше, чем в среднем по ЕС, но больше, чем в Румынии, которая также присоединилась к ЕС в 2007 г.

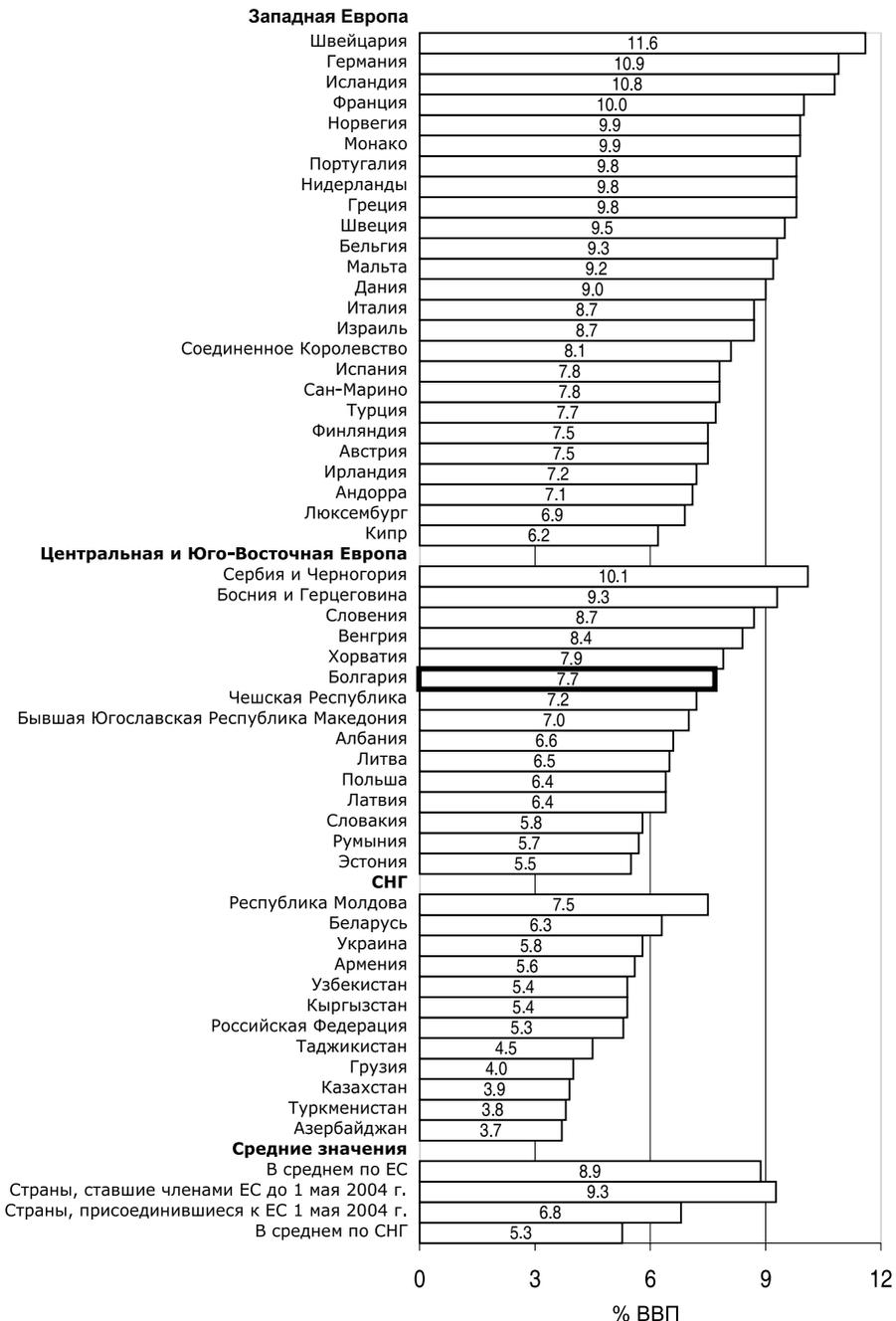
**Таблица 3.1. Динамика расходов на здравоохранение, 1998–2004 гг.**

Показатель/год	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Общие расходы на здравоохранение на душу населения по ППС, долларов США	278	342	381	476	561	573	635
Общие расходы на здравоохранение как % ВВП	5,1	6,0	6,2	7,2	7,9	7,5	7,7
Государственные расходы на здравоохранение как % ВВП	3,5	3,9	3,7	4,0	4,5	4,8	4,3
Государственные расходы на здравоохранение как % общих расходов на здравоохранение	67,9	65,4	59,2	65,1	56,6	54,5	55,8
Частные расходы на здравоохранение как % общих расходов на здравоохранение	32,1	34,6	40,8	34,9	43,4	45,5	44,2
Среднегодовые реальные темпы роста ВВП, %		2,3	5,4	4,1	4,9	4,3	5,5

*Источник:* World Health Organization. World Health Report, 2006 (24); World Bank. World Development Indicators, 2006 (4).

Тенденция роста расходов на здравоохранение отражает улучшение общей ситуации в экономике страны, которое произошло благодаря реструктуризации, увеличению доходов населения, сокращению безработицы и усилиям страны по подготовке к вступлению в ЕС. Кроме того, эта тенденция может быть связана с введением и развитием системы

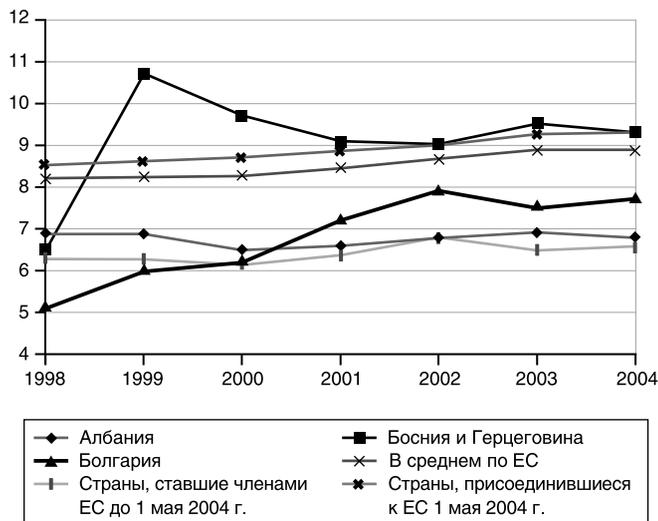
**Рис. 3.2. Общие расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (в %) в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. (оценка ВОЗ)**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

Примечание: СНГ – Содружество независимых государств, ЕС – Европейский Союз.

**Рис. 3.3. Общие расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (в %) в Болгарии и некоторых других странах, 1998–2004 гг. (оценка ВОЗ)**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

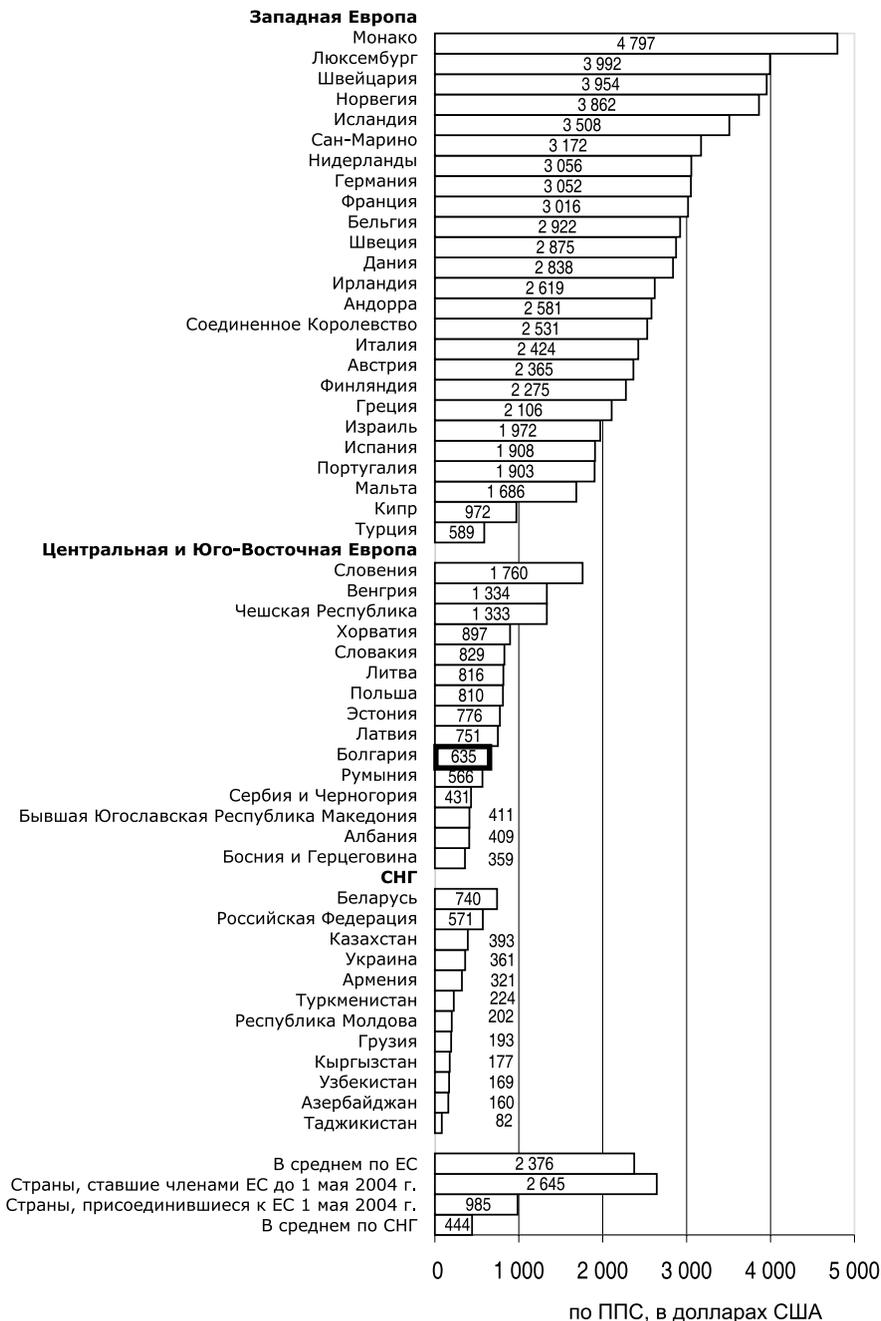
ОМС, которая обеспечила приток ресурсов в систему здравоохранения за счет налогообложения, и легализации частной медицинской практики, которая стала дополнительным источником финансовых средств.

### Государственные расходы на здравоохранение

В Болгарии доля государственных расходов (средства бюджетов и ОМС) в общих расходах на здравоохранение с середины 1990-х годов немного снижалась и была существенно ниже, чем в среднем по ЕС-15 и ЕС-10 (рис. 3.5). Такая динамика отражает относительное увеличение в Болгарии доли частных источников финансирования здравоохранения. С учетом общей ситуации в экономике в 2004 г. государственные расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП, составили 4,3%, что несколько ниже, чем в среднем по ЕС-15, где этот показатель составлял 6,7%, и ниже, чем в среднем по ЕС-10, но выше, чем в Румынии (3,4%) (рис. 3.6).

Начиная с 1992 г. ответственность за предоставление и финансирование большинства медицинских услуг несли муниципалитеты. В 2001 г. финансирование амбулаторной помощи (первичной и специализированной) и стоматологической помощи было передано органам обязательного медицинского страхования; таким образом, основными источниками финансирования здравоохранения стали государственный бюджет и

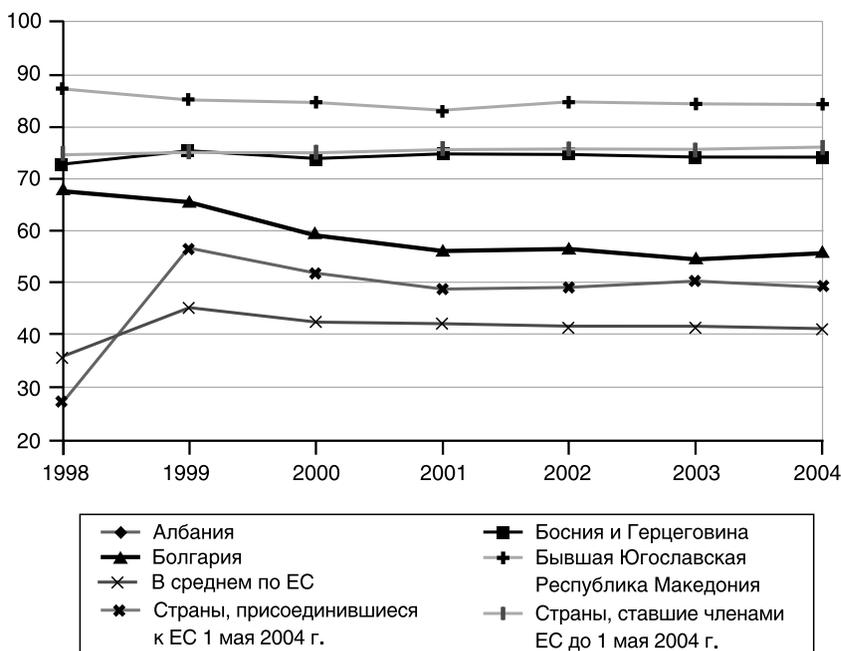
**Рис. 3.4. Расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. по ППС на душу населения, в долларах США (оценка ВОЗ)**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

Примечание: СНГ – Содружество независимых государств, ЕС – Европейский Союз.

**Рис. 3.5. Доля государственного сектора в общих расходах на здравоохранение в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1998–2004 гг., % (оценка ВОЗ)**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

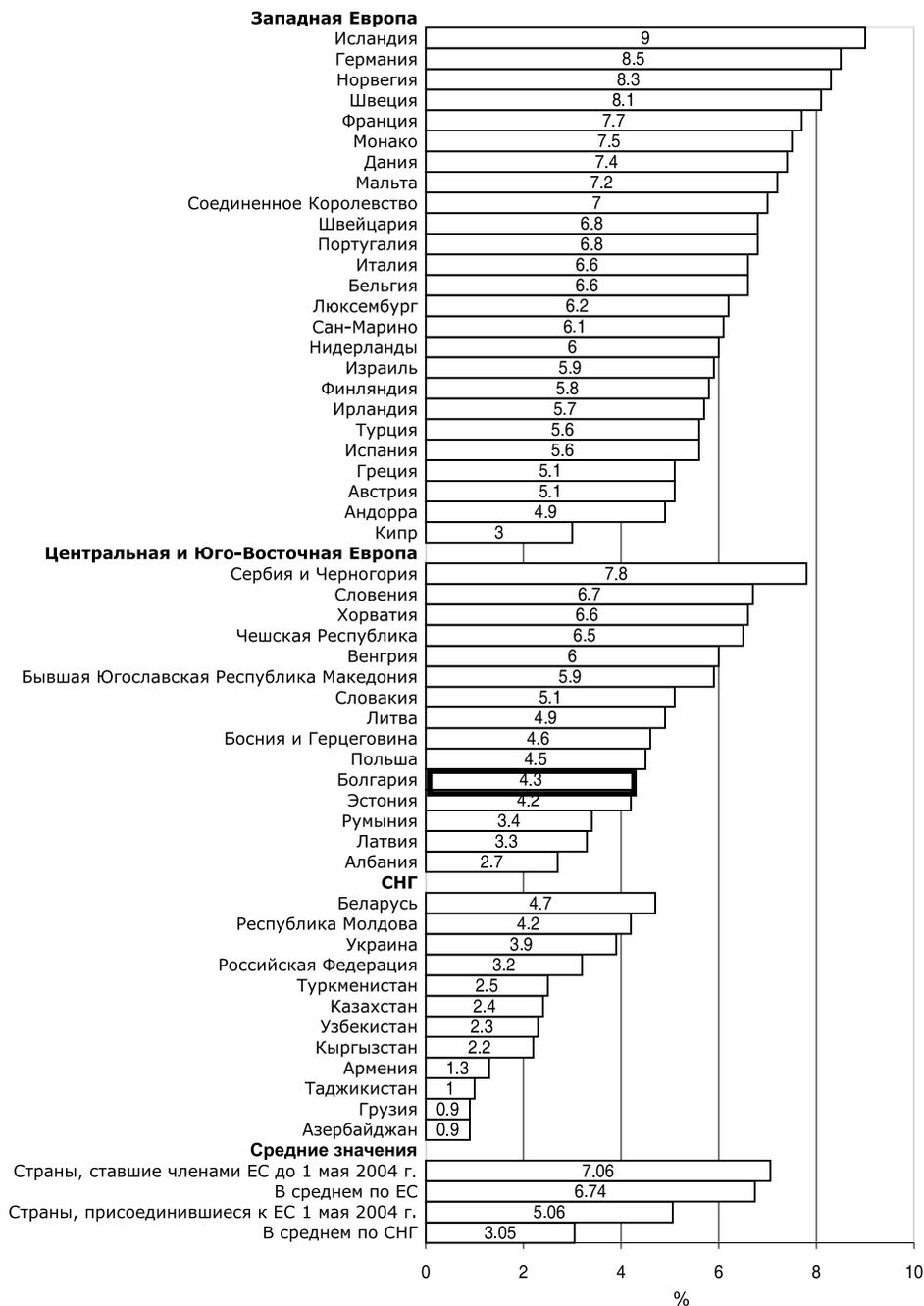
ОМС (табл. 3.2). Еще одно резкое сокращение муниципальных расходов на здравоохранение было отмечено в 2004 г., что явилось результатом введения Министерством здравоохранения новой схемы финансирования муниципальных и государственных медицинских учреждений (более подробно об этом говорится в разделе 3.6 «Механизмы оплаты»).

**Таблица 3.2. Государственные расходы на здравоохранение с разбивкой по финансирующим организациям (% в общих государственных расходах на здравоохранение), млн болгарских левов, 2000–2004 гг.**

Консолидированный бюджет	2000	2001	2002	2003	2004
НФОМС	127(13%)	428 (36%)	585 (41%)	775 (46%)	878 (55%)
Министерство здравоохранения	292 (30%)	493 (41%)	573 (40%)	598 (35%)	558 (35%)
Муниципалитеты	416 (42%)	184 (16%)	210 (14%)	219 (13%)	121 (7%)
Прочие министерства и ведомства	126 (13%)	75 (6%)	70 (5%)	104 (6%)	50 (3%)
Центральный бюджет	20 (2%)	16 (1%)	2 (0%)	2 (0%)	–

Источник: Ministry of Health, 2005 (25).

**Рис. 3.6. Государственные расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (%) в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. (оценка ВОЗ)**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

Примечание: СНГ – Содружество независимых государств, ЕС – Европейский Союз.

Болгария пока не использует систему «Национальных счетов здравоохранения» для проведения систематического анализа национальных расходов на здравоохранение. Источниками таких сведений являются данные национальной статистики и отчетности, в которых для оценки национальных расходов на здравоохранение используются иные подходы и допущения. Таким образом, данные, полученные из национальных источников, могут быть не сопоставимыми с оценками ОЭСР или ВОЗ.

Доля расходов НФОМС в общих государственных расходах значительно увеличилась. В 2004 г. расходы НФОМС составляли 55% всех государственных расходов на здравоохранение — главным образом вследствие увеличения доли расходов на медикаменты в секторе амбулаторной помощи (которая превысила 73 млн левов) и в секторе стационарной помощи (более 45 млн левов). В 2004 г. расходы на медикаменты в секторе амбулаторной помощи составили 30,7% расходов на ОМС, что почти равно доле расходов на стационарную помощь (31,8%). Как свидетельствуют данные табл. 3.3., болгарская система здравоохранения по-прежнему остается ориентированной главным образом на лечение заболеваний: примерно 34,2% средств НФОМС выделяется сектору стационарной помощи.

**Таблица 3.3. Расходы НФОМС по категориям услуг (в тыс. болгарских левов)**

Расходы НФОМС	2000	2001	2002	2003	2004 (бюджет)	2005 (бюджет)
Первичная помощь	32 862	86 148	97 310	103 444	103 500	107 200
% ВОМС	33,7	21,3	17,2	13,7	13,5	12,4
Специализированная амбулаторная помощь	11 807	57 407	72 636	82 859	94 000	107 400
% ВОМС	12,1	14,2	12,9	11,0	12,2	12,4
Стоматологическая помощь	13 623	38 389	24 651	45 590	49 000	57 800
% ВОМС	14,0	9,5	4,4	6,0	6,4	6,7
Медицинская диагностика	5 054	29 099	37 914	39 277	41 000	50 500
% ВОМС	5,2	7,2	6,7	5,2	5,3	5,8
Медикаменты для амбулаторного лечения	34 137	182 280	239 019	270 832	236 500	245 000
% ВОМС	35,0	45,1	42,3	35,9	30,7	28,4
Стационарная помощь	0	10 781	93 276	213 024	245 105	295 100
% ВОМС	0,0	2,7	16,5	28,2	31,8	34,2
Прочие выплаты по системе ОМС	0	0	0	0	600	600
% ВОМС	—	—	—	—	0,1	0,1
<b>ВОМС, всего:</b>	<b>187 147</b>	<b>399 244</b>	<b>564 795</b>	<b>627 753</b>	<b>769 705</b>	<b>863 600</b>
% ВОМС	<b>73,0</b>	<b>83,3</b>		<b>85,9</b>	<b>87,6</b>	<b>87,9</b>

Источник: НФОМС, годовые отчеты (2000–2005 гг.).

Примечание: ВОМС – взносы на обязательное медицинское страхование, НФОМС – Национальный фонд обязательного медицинского страхования.

Вторым по величине источником финансирования здравоохранения в Болгарии является Министерство здравоохранения. В 2001 г. его доля в государственных расходах на здравоохранение резко возросла, но с того времени остается стабильной. В 2003 г. расходы Министерства здравоохранения на стационарную помощь составляли 60% общих расходов государственного бюджета; эти средства шли главным образом на покрытие операционных и административных издержек медицинских учреждений (табл. 3.4). Средства из внешних источников финансирования, а также расходы на национальные программы в 2003 г. составляли примерно 20% общих государственных расходов. В рамках национальных программ Министерство здравоохранения финансировало централизованные закупки определенного набора жизнеобеспечивающих и жизненно важных медикаментов, вакцин и материалов для медицинских учреждений, мероприятия по профилактике заболеваний и диагностические услуги. По сравнению с 2001 г. в 2003 г. Министерство здравоохранения увеличило бюджет на эти цели на 62%.

В настоящее время главными источниками финансирования здравоохранения являются государственный бюджет и система ОМС.

**Таблица 3.4. Расходы Министерства здравоохранения с разбивкой по категориям, 2003 г. (в тыс. болгарских левов)**

Категория услуг	Общие расходы	Общие расходы, включая:		Рост в 2002 г. (%)	Рост в 2001 г. (%)
		Текущие расходы	Капитальные затраты		
Министерство здравоохранения, включая:	607 668	567 690	39 979	4,5	23,0
– функции здравоохранения (100%), включая:	598 426	558 751	39 675	4,4	23,0
– медицинские учреждения и учреждения здравоохранения, финансируемые из бюджета (20,2%):	115 786	112 980	2 805	10,4	32,5
– центры неотложной помощи		44 212		16,0	42,3
– психиатрические больницы		8 892		4,0	27,7
– дома ребенка и детские дома		17 070		2,0	23,0
– региональные инспекции здравоохранения		22 774		5,4	26,4
– больницы (60,0%)	360 009	335 236	24 774	12,2	25,8
– прочее: централизованные поставки, национальные программы и кредиты (19,8%)	122 631	110 535	12 096	-16,7	8,8

Источник: Ministry of Health, 2004 (26).

Ожидается, что доля медицинского страхования в финансировании больниц будет увеличиваться, постепенно замещая ту долю средств, которая поступает из государственного и муниципальных бюджетов.

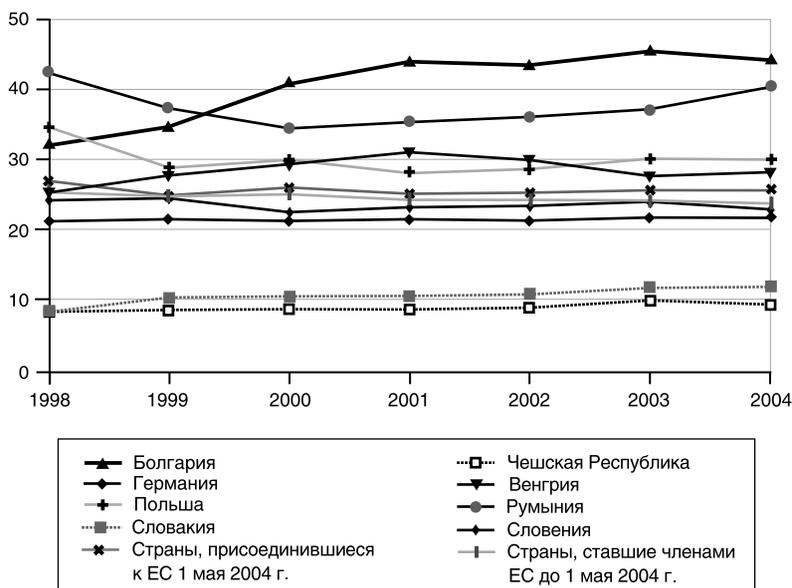
### Частные расходы на здравоохранение

В 1990-х годах частные расходы на здравоохранение возросли во многих европейских странах, а в Болгарии их рост был одним из самых заметных (рис. 3.7). Это было обусловлено легализацией в 1992 г. частой медицинской практики и введением соплатежей пациентов за медицинские услуги.

Доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение возросла с 34,6% в 1999 г. до 45,5% в 2003 г., при этом доля личных расходов граждан в 2003 г. составила более 99% всех частных расходов на здравоохранение (24).

В период с 1997 г. (т.е. с того времени, когда эти данные появились) по 2005 г. доля расходов на здравоохранение в совокупных расходах домохозяйств постепенно возросла более чем вдвое (табл. 3.5). По данным опроса о бюджетах домохозяйств, личные расходы граждан на оплату медицинских услуг в 2005 г. составляли 50,5 евро на душу населения, т.е. в 7 раз больше, чем в 1997 г. (2).

Рис. 3.7. Частные расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (%) в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1995–2004 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

**Таблица 3.5. Доля расходов на здравоохранение в совокупных расходах домохозяйств (%), 1997–2005 гг.**

Год	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
% расходов на здравоохранение в совокупных расходах домохозяйств	2,0	2,4	2,9	3,6	3,9	4,1	4,3	4,5	4,7
В среднем на душу населения, по среднему обменному курсу к евро	6,9	12,7	18,9	25,5	28,1	33,6	38,8	44,9	50,5

Источник: National Statistical Institute Bulgaria (NSI), 2006 (2).

Данные о размерах личных расходов граждан на оплату медицинских услуг могут быть ниже истинных значений, поскольку не включают сведений о неформальных платежах (за те товары и услуги, которые официально являются бесплатными). Неформальные платежи практикуются во многих странах, и Болгария не исключение. На момент написания данного обзора Болгарский национальный статистический институт предпринимал попытки определить уровень неформальных платежей, но эта задача требует привлечения значительных материальных и человеческих ресурсов.

Расходы на ДМС, выраженные как доля совокупных частных расходов на здравоохранение, остаются низкими – главным образом потому, что государство обеспечивает комплексную программу медицинских услуг, а участие в национальной схеме медицинского страхования является обязательным. Кроме того, в вопросе переноса части затрат на здравоохранение на потребителей правительство предпочитает вместо поддержки и субсидирования компаний, занимающихся ДМС, использовать такой метод, как введение платных медицинских услуг. Болгария является одной из тех стран, где пациенты не привыкли платить за медицинские услуги третьей стороне, предпочитая платить непосредственно врачу или больнице. Однако с тех пор как в 1989 г. было введено ДМС, его доля в общих расходах на здравоохранение в 2003 г. возросла более чем на 0,7% (24).

### **3.2. Охват населения услугами здравоохранения и право на медицинскую помощь**

#### **Охват населения**

Система медицинского страхования представлена главным образом НФОМС и, в гораздо меньшей степени, компаниями, занимающимися ДМС (в 2006 г. таких компаний было десять), которые предоставляют

страховые программы по медицинским услугам, как не включенным, так и включенным в базовую программу ОМС.

Система ОМС была разработана как государственная монополия. Она обладает исключительным правом на предоставление услуг по ОМС и гарантию защиты прав застрахованных граждан в системе ОМС. Система ОМС является социально ориентированной и олицетворяет один из ключевых принципов социальной защиты населения. Цель НФОМС – гарантия бесплатного (по месту предоставления) и равного для всех болгар доступа к медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения и обеспечение высокого качества медицинских услуг для всех пациентов.

В соответствии с Законом о медицинском страховании медицинская помощь предоставляется: всем гражданам Болгарии; гражданам Болгарии, которые являются также гражданами других государств, но постоянно проживают в Болгарии; иностранным гражданам или лицам без гражданства, но имеющим долговременный вид на жительство; а также лицам, имеющим статус беженца, гуманитарный статус или получившим убежище.

Система ОМС, представленная НФОМС, финансируется главным образом за счет отчислений из фонда заработной платы работающих, а также из средств центрального и местных бюджетов, из которых выплачиваются взносы на ОМС неработающего населения. Взнос на ОМС составляет 6% облагаемого налогом личного дохода. В 2006 г. этот взнос был поделен между работодателем и работником в соотношении 70:30, а с 2009 г. это соотношение должно составить 50:50 (27). Размер взноса на ОМС не зависит от ожидаемой стоимости медицинских услуг и может выплачиваться только страхователями (работниками и работодателями), государственным или муниципальным бюджетами.

Индивидуальные предприниматели, лица, являющиеся учредителями компаний с ограниченной ответственностью, партнеры в коммерческих компаниях, лица свободных профессий, а также лица, работающие без официального трудового договора, обязаны выплачивать взносы на ОМС самостоятельно (6% облагаемого налогом личного дохода).

Из средств государственного и муниципальных бюджетов выплачиваются взносы на ОМС следующих категорий граждан: пенсионеров; лиц, получающих пособие по безработице; родителей или супругов, осуществляющих уход за инвалидами, потерявшими трудоспособность более чем на 90% или нуждающихся в постоянном уходе; лиц, имеющих право на пособия по социальному обеспечению и пособия на несовершеннолетних сирот, и члены их семей; ветеранов и инвалидов войн; лиц, получивших инвалидность в связи с исполнением воинского или служебного долга;

лиц, подавших заявление о получении статуса беженца или политического убежища; заключенных; лиц, не имеющих дохода и проживающие в детских домах или учреждениях социального обеспечения; студентов высших учебных заведений в возрасте до 26 лет; дети до 18 лет.

Работодатели выплачивают взносы на ОМС следующих категорий граждан: лиц, работающих по официальному трудовому договору; лиц, находящихся в отпуске без сохранения содержания; служащих Болгарской православной церкви и других официально признанных религиозных общин; лиц, получающие компенсацию по временной нетрудоспособности по болезни, беременности, родам, а также находящихся в декретном отпуске по уходу за ребенком.

Есть также группа лиц, за которых взносы на ОМС не платят ни работодатели, ни государственный и муниципальные бюджеты. В большинстве случаев это люди, нуждающиеся в социальной помощи, но не получившие ее. Как правило, они относятся к малоимущим или не имеющим источников дохода слоям населения, и у них нет возможности платить взносы на ОМС. Они принадлежат к тем группам населения, которые не входят в систему ОМС и не могут себе позволить заплатить за частные медицинские услуги. По оценкам НФОМС, в 2006 г. около 1 млн граждан Болгарии не платили взносов на ОМС и не получали медицинские услуги по ОМС.

Рынок ДМС предлагает дополнительное страхование, а также покрытие услуг, включенных в базовую программу ОМС. Помимо программы, обеспечиваемой НФОМС, все граждане могут за собственный счет приобрести различные страховые программы, предлагаемые на рынке медицинского страхования.

ДМС не играет определяющей роли в финансировании здравоохранения, поскольку базовая программа ОМС является практически полной, а доходы населения низкие. По данным исследования, проведенного Институтом «Открытое общество» и Фондом Сороса, в 2003 г. охват услугами ДМС не превышал 3% (18).

Пока что приобрести полис ДМС могут позволить себе только группы населения с высокими доходами и некоторые частные и государственные компании. Несколько крупных и стабильных болгарских компаний оплачивают полисы ДМС для своих работников. Наиболее уязвимые группы населения – например, престарелые лица с хроническими заболеваниями, а также дети – не могут позволить себе пользоваться услугами ДМС, так как страховые премии очень высоки, а доходы у этих групп низкие.

При этом, несмотря на высокие страховые премии, компании, занимающиеся ДМС, все равно не в состоянии предложить высококачествен-

ное медицинское обслуживание, отвечающее потребностям населения с высоким уровнем дохода, поскольку ДМС обеспечивает покрытие тех же самых услуг, которые предоставляются в государственных медицинских учреждениях, где качество услуг низкое.

## **Услуги, включенные в базовую программу ОМС**

В рамках системы ОМС населению гарантированы услуги по базовой программе. Базовая программа медицинских услуг, предоставляемых застрахованному населению, а также критерии формирования этой программы определены в Национальном рамочном договоре. Срок действия Национального рамочного договора составляет один год, после чего подписывается новый договор. В соответствии с последним Национальным рамочным договором базовая программа включает следующие услуги:

- медико-санитарная помощь больным с хроническими заболеваниями;
- медицинская и стоматологическая профилактика и укрепление здоровья;
- скорая медицинская помощь;
- медицинская и стоматологическая диагностика и лечение в амбулаторных условиях;
- диагностика и лечение в условиях стационара;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- медицинская реабилитация;
- уход за престарелыми;
- паллиативная медицинская помощь;
- наблюдение, посещение на дому и консультации;
- транспортировка пациентов санитарным транспортом в случае необходимости.

В отношении некоторых групп населения – детей, беременных, кормящих матерей и ряда социально ущемленных этнических групп – действует особая политика в области здравоохранения. В Национальном рамочном договоре оговорен перечень лекарств, затраты на которые возмещаются НФОМС, и болезней, затраты на медикаментозное лечение которых подлежат возмещению по системе ОМС. Этот перечень болезней составлен на основе принципов ЕС и Перечня основных лекарственных средств, разработанного ВОЗ, но главным образом зависит от соглашений по бюджету НФОМС. В перечень включаются преимущественно социально значимые болезни и болезни, борьба с которыми

является национальным приоритетом. В перечне НФОМС не указываются фирменные наименования лекарственных средств, что позволяет осуществлять возмещение затрат на приобретение как оригинальных (фирменных) препаратов, так и их дженериков. Возмещение затрат производится только в том случае, если лекарство было выписано врачом общей практики (или врачом-специалистом) и приобретено в аптеке, работающей по договору с соответствующим региональным ФОМС.

Услуги, затраты на которые возмещаются лишь частично или которые не включены в базовую программу, оплачиваются за счет личных средств граждан или по системе ДМС – это касается, например, соплатежей за определенные группы лекарств для амбулаторного лечения. Граждане имеют право приобрести полис добровольного медицинского страхования (ДМС), который обеспечит смешанную систему финансирования (государственного и частного).

В настоящее время финансовых средств, собираемых по системе ОМС, не достаточно для покрытия гарантированной базовой программы медицинских услуг. В стране все еще распространены продажа лекарств «из-под полы» и незаконные платежи за «гостиничные услуги больниц» (постельное белье и питание). Сейчас обсуждается возможность увеличения размера взносов на ОМС или сокращения базовой программы, обеспечиваемой по системе ОМС, однако столь непопулярные меры требуют длительной подготовки.

Каждая компания, занимающаяся ДМС, предоставляет населению определенную лицензированную программу услуг. В соответствии со статьей 99е Закона о медицинском страховании 1998 г. программу услуг может быть создана и изменена только с одобрения Комиссии по финансовому надзору (КФН).

Компании, занимающиеся ДМС, предоставляют дополнительные услуги, а также услуги, предусмотренные базовой программой ОМС. При отсутствии направления от врача общей практики консультация врача-специалиста оплачивается пациентом полностью – или за наличный расчет, или по системе ДМС; при наличии направления стоимость этой консультации покрывается по системе ОМС. Однако для большинства рисков уровень покрытия НФОМС и/или ДМС четко не определен, что увеличивает бремя наличных платежей пациентов.

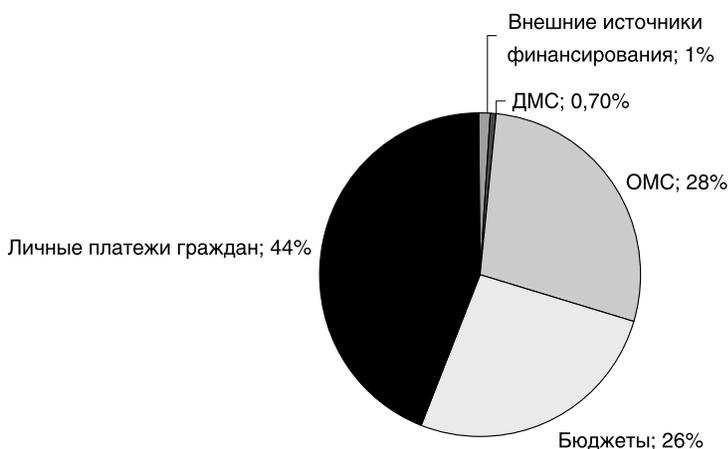
В целях решения этих проблем введен кодекс медицинского страхования (проект 2007 г). В этом документе сведены воедино нормы действующего законодательства в области здравоохранения и обеспечено более четкое регулирование в секторе обязательного и добровольного медицинского страхования и социальной защиты незастрахованных лиц.

### 3.3. Сбор и источники финансовых средств

Средства на финансирование здравоохранения поступают за счет общих налогов, взносов на ОМС, частных расходов домохозяйств (наличные платежи, ДМС) и внешних источников финансирования (рис. 3.8).

В табл. 3.6 перечислены источники финансирования здравоохранения с указанием долей каждого из них в общих расходах на здравоохранение. По мере увеличения доли ОМС в 1999–2003 гг. доля налоговых поступлений в общих расходах на здравоохранение постепенно снижалась (24). Более поздние данные пока отсутствуют. Одной из приоритетных задач правительства является обеспечение увеличения поступлений на ОМС, которые должны стать главным источником государственного финансирования здравоохранения.

Рис. 3.8. Источники финансирования здравоохранения, 2003 г.



Источник: World Health Organization. *World Health Report 2006* (24).

В 1990-х годах доля частных расходов на здравоохранение в Болгарии резко возросла (10). По оценкам ВОЗ, она была одной из самых высоких среди стран ЕС-15 и ЕС-10 и вдвое превышала соответствующие средние показатели за 2004 г. Как видно из табл. 3.6, наибольшая доля частных расходов приходилась на личные расходы граждан, но эти оценки могут быть заниженными, поскольку оценить реальный объем неформальных платежей (за услуги и материалы, которые официально должны предоставляться бесплатно) очень трудно. Достоверных национальных данных о размере личных расходов граждан на здравоохранение нет, так как исследования такого рода являются затратными как по времени, так и в финансовом отношении и пока что в полном объеме не прове-

**Таблица 3.6. Доли различных источников в общих расходах на здравоохранение, 1999–2003 гг.**

	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Государственные расходы на здравоохранение</b>	65,4	59,2	56,1	56,6	54,5
Обязательное медицинское страхование	6,5	7,7	20,1	23	28,1
Бюджеты	58,9	51,5	36,0	33,6	26,4
<b>Частные расходы на здравоохранение</b>	<b>34,6</b>	<b>40,8</b>	<b>43,9</b>	<b>43,4</b>	<b>45,5</b>
Личные расходы граждан	34,3	40,4	43,5	42,7	44,8
Добровольное медицинское страхование	0,3	0,4	0,4	0,7	0,7
<b>Внешние источники финансирования</b>	<b>0,5</b>	<b>2,0</b>	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>	<b>1,0</b>

Источник: World Health Organization. World Health Report 2006 (24).

дены. Рынок ДМС находится на начальной стадии своего развития, и на момент написания данного обзора основным источником частных поступлений системы здравоохранения в Болгарии оставались неформальные наличные платежи.

Объем внешней помощи довольно велик и включает кредиты Всемирного банка и такие программы ЕС, как ФАРЕ, ТЕМПУС и ИНТЕРРЕГ. Однако по данным Доклада о состоянии здравоохранения в мире за 2006 г., в 2003 г. на этот вид помощи приходился лишь 1% всех ресурсов здравоохранения (24).

### 3.3.1. Обязательные платежи

#### Общие налоги

Общие налоги представляют собой нецелевые поступления в бюджет Министерства здравоохранения из центрального и муниципальных бюджетных налоговых поступлений и от «натуральных» доходов, получаемых РИЗ, различными национальными центрами и Исполнительным агентством по лекарствам в форме оплаты за предоставленные услуги и различных штрафов.

Налоговые поступления центрального бюджета складываются из подоходного налога, корпоративного налога и налога на добавленную стоимость (НДС), собираемых Главным налоговым управлением. Главное налоговое управление и его 28 отделений начали свою деятельность по администрированию налогов 1 января 2006 г. Этот орган был учрежден по предложению Международного валютного фонда в рамках более масштабного проекта по улучшению собираемости налогов, в том числе личного подоходного налога, НДС, патентного налога, корпоративных налогов, а также взносов на медицинское и пенсионное страхование.

Налоговые доходы муниципальных бюджетов складываются из ряда местных налогов (такса за бытовые отходы, налог на строительство и налог на покупку), которые собирают муниципалитеты. Как правило, ставки государственных и муниципальных налогов увязаны с краткосрочными колебаниями экономики, поэтому ставки налогов и суммы налоговых поступлений обычно меняются ежегодно.

Налоги в центральный бюджет собирают 28 региональных отделений Главного налогового управления. Собранные средства перечисляются в региональные налоговые дирекции, а затем на накопительные счета налоговой дирекции Министерства финансов. Местные налоги и пошлины выплачиваются в муниципальные налоговые службы, откуда поступают в муниципальный бюджет (более подробно см. раздел 3.4).

Сумма налоговых поступлений, выделяемых на нужды здравоохранения, не фиксирована и определяется ежегодно в Законе о государственном бюджете. В 2004 г. сектору здравоохранения было выделено примерно 14,6% доходов государственного бюджета. Муниципалитеты также самостоятельно определяют ту долю своего бюджета, которая ежегодно выделяется на здравоохранение; правда, обычно эта доля незначительна (28).

### **Взносы на обязательное медицинское страхование**

Взносы на ОМС собирает НФОМС, и со времени его основания в 1999 г. доля ОМС в государственных расходах на здравоохранение возросла к 2005 г. до 55% (29). Несмотря на то что данные национальных источников и цифры, указанные в Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2006 г. (которые представлены в табл. 3.6), сильно разнятся, взносы на ОМС все равно являются главным источником финансирования здравоохранения в Болгарии.

Размер взноса на медицинское страхование зависит от уровня дохода и определяется ежегодно в соответствии с Законом о медицинском страховании 1998 г. и дополнениями к нему. Взнос на ОМС для работающих граждан составляет 6% заработной платы; часть этого взноса платит сам работник, часть – работодатель. Изначально взнос на ОМС был поделен между работодателем и работником в соотношении 80:20, но согласно дополнениям к Закону о медицинском страховании, к 2009 г. это соотношение должно достигнуть уровня 50:50 (табл. 3.7).

В настоящее время реформы здравоохранения направлены на повышение собираемости взносов на ОМС и введение законодательства, позволяющего увеличить ставки налога на медицинское страхование,

**Таблица 3.7. Взнос на ОМС: соотношение долей работодателя и работника, 2000–2009 гг.**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Доля работника: доля работодателя	80:20	80:20	75:25	75:25	75:25	70:30	65:35	63:35	55:45	50:50

Источник: 1998 Health Insurance Act, art. 40 (1) 1: last draft of 3 October 2006 (17).

которые становятся серьезной проблемой для Болгарии и некоторых других восточно-европейских стран. Многие частные компании (в основном мелкие и средние) для того чтобы снизить налоговое бремя и размер отчислений на медицинское страхование, заявляют заниженный уровень заработной платы своих работников. В результате такой практики государственный бюджет и НФОМС несут прямые убытки, и государству приходится финансировать услуги ОМС примерно за 30% населения, которое этих взносов не платит.

### 3.3.2. Добровольное медицинское страхование

Согласно Закону о медицинском страховании 1998 г. ДМС предоставляет гражданам дополнительное страховое покрытие. Помимо базовой программы услуг, обеспечиваемой НФОМС, все граждане беспрепятственно могут приобрести дополнительную медицинскую страховку. ДМС может также обеспечивать покрытие для услуг, включенных в базовую программу.

ДМС предоставляют компании, занимающиеся добровольным медицинским страхованием (КДМС); их число растет довольно медленно. В 2001 г. в стране было две лицензированных КДМС, в 2003 г. — шесть, в середине 2006 г. — десять. Рынок ДМС является сильно насыщенным; доминируют на нем такие компании, как Болгарская компания медицинского страхования «Закрила», Фонд медицинского страхования «МЕДИКО-21» и Объединенный фонд медицинского страхования «Доверие», которые контролируют соответственно 74,1, 13,7 и 8,0% рынка ДМС (табл. 3.8).

Помимо КДМС, различные схемы ДМС предлагают практически все частные страховые компании. Размер страховой премии зависит от уровня индивидуальных рисков страхуемого (в случае индивидуально-го договора страхования) и групповых рисков (в случае коллективных договоров страхования). Размер годовых страховых премий по договорам ДМС составляет 150–300 левов (77–153 евро); максимальный размер премии достигает 700 левов (358 евро) на человека для покрытия амбулаторного лечения и до 25 000 левов (12 773 евро) для покрытия стационарного лечения.



Размер взносов на добровольное медицинское страхование зависит от возраста, пола и состояния здоровья страхуемого. Лицам из групп высокого риска, например страдающим хроническими заболеваниями, часто отказывают в заключении договора ДМС. При наличии перенесенных ранее серьезных заболеваний размер страховой премии в индивидуальных договорах ДМС определяется на основе накопленной в страховой компании информации. КДМС могут не обеспечивать страхового покрытия по рецидиву ранее перенесенного заболевания и могут покрываться на основе коллективного риска страхуемых по коллективному договору, позволяя учитывать дисперсию риска и более низкие индивидуальные премии.

В 2004 г. во всех КДМС 36,37% всех поступлений по ДМС приходилось на страховые программы, включающие услуги стационарной помощи. Затем шли программы услуг амбулаторно-поликлинической помощи (22,78%), программы страхового возмещения затрат (16,58%), программы услуг по укреплению здоровья и профилактике заболеваний (16,06%), программы медицинских услуг, связанных с социальными мероприятиями (4,39%), программы услуг высокотехнологичной медицинской помощи (1,99%), программы стоматологической помощи (0,84%) и прочие программы страховых услуг (0,99%) (см. табл. 3.8) (7).

Наибольшая часть доходов ДМС поступает от корпоративных клиентов. Работодатели, как правило, оплачивают регулярный медицинский осмотр своих работников и услуги по профилактике заболеваний, не включенные в базовую программу медицинских услуг, обеспечиваемую НФОМС в соответствии с Национальным трудовым законодательством. Зачастую ДМС для корпоративных клиентов обеспечивает покрытие услуг только в определенных медицинских учреждениях по выбору работодателя.

### **3.3.3. Личные расходы граждан**

В 2004 г. личные расходы граждан составляли 43,5% общих расходов на здравоохранение. Они по-прежнему являются ведущим источником финансирования здравоохранения (10). К категории личных расходов граждан относятся прямые платежи, соплатежи и неформальные платежи.

#### **Прямые платежи**

В Болгарии существуют прямые платежи за оказание медицинской помощи, т.е. платежи за товары и услуги, не включенные ни в одну из схем

страхового покрытия. Как уже говорилось, прямые платежи возникают в случае оплаты гражданами услуг врачей-специалистов при обращении к ним без направления от врача общей практики. Другая форма прямых платежей возникает, когда врач направляет пациента на консультацию или анализы в медицинское учреждение, у которого не заключен договор с НФОМС. В этом случае, несмотря на наличие направления, пациент должен заплатить за услуги медицинского учреждения сам.

С 2001 г. медицинские учреждения разрабатывают собственные прейскуранты цен на услуги, предоставляемые пациентам, не имеющим направлений от врача общей практики (когда пациент может осуществить свое право выбора врача). Пациенты могут также платить за высокий уровень «гостиничных услуг» больниц – отдельную палату, телевизор, улучшенное питание. Такие услуги, как пластическая хирургия, не включены ни в одну из страховых программ и должны оплачиваться из личных средств граждан.

### **Разделение затрат**

Разделение затрат производится в форме соплатежей, т.е. когда с пациента взимается частичная оплата за предоставляемые ему медицинские услуги в размере установленной фиксированной ставки. Принцип разделения затрат был введен Законом о медицинском страховании 1998 г. как часть системы ОМС. Разделение затрат было введено в отношении медикаментов при амбулаторном лечении, за исключением случаев лечения хронических заболеваний. Размер соплатежей определен в параграфе 1 статьи 37 Закона о медицинском страховании 1998 г. В Законе о медицинском страховании определены также размеры соплатежей за амбулаторный врачебный прием, прием стоматолога и за стационарное лечение. Система соплатежей применяется ко всем пациентам за исключением определенных уязвимых групп (дети, безработные, лица, доход которых не превышает установленного порогового уровня, и лица, страдающие хроническими заболеваниями) (8).

С 2000 г. за каждое посещение врача общей практики, врача-специалиста, диагностической лаборатории и больницы с пациентов взимается плата за услуги, входящие в базовую программу НФОМС. В соответствии с параграфом 1 статьи 37 Закона о медицинском страховании 1998 г. эта плата составляет 1% минимального месячного размера оплаты труда (МРОТ) за амбулаторное посещение и 2% МРОТ за каждый день пребывания в стационаре, до 10 койко-дней в год. Размеры соплатежей меняются в соответствии с изменениями МРОТ (в 2006 г. он был установлен на уровне 160 левов (81,80 евро) в месяц); пациент производит оплату медицинских услуг лечебному учреждению по месту их предоставления.

В соответствии с параграфом 3 статьи 37 Закона о медицинском страховании 1998 г. плата не взимается со следующих категорий пациентов:

- лиц, страдающих заболеваниями, включенными в перечень Национального рамочного договора;
- лиц в возрасте до 18 лет;
- безработных;
- лиц, потерявших трудоспособность в связи с операциями по обороне страны;
- ветеранов войн;
- бывших военнослужащих-инвалидов;
- лиц, находящихся под арестом или в местах лишения свободы;
- малоимущих граждан, получающих социальные пособия в соответствии с Законом о социальной поддержке населения;
- лиц, не имеющих дохода, проживающих в детских домах или учреждениях социальной помощи;
- медицинских работников.

Несмотря на регрессивный характер, разделение затрат по-прежнему остается средством ограничения излишнего спроса на медицинскую помощь и дополнительным источником дохода системы здравоохранения. Этот механизм нацелен также на поддержание поставщиков услуг и обеспечение закупок медицинского оборудования и материалов (шприцов, хирургических перчаток и т.п.)

Вместе с тем разделение затрат является определенным барьером и финансовым бременем для малоимущих граждан и пенсионеров, которые обращаются за медицинской помощью чаще остальных групп населения (например, по поводу выписки рецептов на лекарства, за консультациями специалистов, по поводу обследований). Поскольку в настоящее время МРОТ в Болгарии составляет 160 левов (81,80 евро), что ниже «прожиточного минимума», то соплатежи за медицинское обслуживание влекут сокращение ресурсов населения на приобретение продуктов питания и других предметов первой необходимости. Теоретически закон обеспечивает равный доступ к медицинской помощи, но на практике это не так.

### **Неформальные платежи**

К неформальным платежам относятся все неофициальные платежи за товары и услуги, которые формально являются бесплатными и должны финансироваться из государственных средств. Как и в других странах

Центральной и Восточной Европы, до перехода к демократической форме правления в Болгарии часто практиковались неформальные платежи за медицинские услуги; с 1990-х годов они получили еще более широкое распространение. В ходе опроса, проведенного в 1994 г., из 1000 респондентов 43% сообщили, что оплачивали за свой счет услуги государственных медицинских учреждений, официально являющиеся бесплатными (31). Проведенный в 1999 г. в Софии опрос показал, что неофициально оплачивали такие услуги 54% опрошенных (32).

Как правило, пациенты дают взятки, чтобы сократить срок ожидания плановой медицинской помощи, попасть на прием к врачу-специалисту, минуя врача общей практики, или получить лучшие условия пребывания или более высокое качество услуг в больнице. К неформальным платежам относятся также расходы пациентов на приобретение продуктов питания или медицинских материалов в период госпитализации. По данным репрезентативного национального опроса, финансируемого Институтом «Открытое общество» и Фондом Сороса и проведенного Агентством социальных и маркетинговых исследований «Ноета», в 2001 г. в Софии примерно 25% пациентов больниц сталкивалось с проблемой «нерегулируемых платежей» за медицинский осмотр, анализы, лечение и/или хирургические операции (32). С учетом низкого в целом уровня доходов в стране население тратит значительные средства на услуги здравоохранения, так как платит:

- налоги;
- соплатежи;
- гонорары за услуги частных врачей и платные услуги, получаемые при отсутствии направления от врача общей практики;
- страховые премии по договорам ДМС;
- платежи за медицинские услуги, оказываемые по условиям договоров медицинского страхования, заключенных с компаниями, занимающимися страхованием жизни;
- неформальные платежи.

В отношении объема этих затрат существуют разные мнения. По оценкам различных источников, в 2005 г. только на долю неформальных платежей приходилось как минимум 800 млн левов (409 млн евро) (33), что является колоссальным потенциальным ресурсом ОМС, но вместе с тем и создает почву для коррупции, которая дискредитирует реформы системы здравоохранения.

Включение стационарного лечения в систему ОМС привело к некоторому сокращению объема неформальных платежей за медицинские

материалы и/или медикаменты, используемые во время госпитализации, но никак не повлияло на неформальные платежи врачам, медсестрам и работникам больниц.

### **3.3.4. Внешние источники финансирования**

С середины 1990-х годов болгарская система здравоохранения получает значительный объем внешней помощи, включающей правительственные займы, международные проекты и гранты правительств разных стран, организаций и учреждений. Но при этом, по данным Доклада о состоянии здравоохранения в мире за 2006 г., доля внешнего финансирования составляла в 2003 г. всего 1% общих расходов на здравоохранение страны (24).

Крупнейшая доля иностранной помощи была получена по кредитам Всемирного банка и программам ЕС, направленным на обеспечение структурных преобразований системы здравоохранения. В 1996 г. было ратифицировано соглашение о выдаче Болгарии займа в размере 47 миллионов долларов США на финансирование проекта реструктуризации сектора здравоохранения. Это был кредит, предоставленный Всемирным банком (26 млн долларов США), Фондом социального развития Совета Европы (11 млн долларов США) и программой ФАРЕ (2,3 млн долларов США). Оставшиеся 7,7 млн долларов США поступили от правительства Болгарии. Реализация этого проекта продолжалась до 2001 г. Его управлением и координацией занималось Министерство здравоохранения. Проект был направлен на развитие местного потенциала в области политики и управления здравоохранением, укрепление сектора ПМСП, реструктуризацию системы скорой помощи и развитие службы переливания крови. В июне 2000 г. Всемирный банк утвердил второй заем в размере 86,96 млн долларов США на поддержку реформ здравоохранения в Болгарии, развитие информационных систем медицинского страхования и реструктуризацию секторов амбулаторной и стационарной помощи.

К основным аспектам организации помощи по программе ФАРЕ относятся усовершенствование службы скорой помощи, повышение качества подготовки врачей общей практики и медсестер, введение частной медицинской практики, создание местного потенциала в области управления и экономики здравоохранения, реструктуризация фармацевтического сектора и введение новой лекарственной политики, а также развитие схемы ОМС.

Проекты Агентства США по международному развитию и финансируемая правительством Германии программа ТРАНСФОРМ нацелены

на повышение административного и информационного потенциала системы медицинского страхования, развитие трудовых ресурсов и подготовку кадров.

ВОЗ оказывает постоянную техническую помощь, направленную на развитие реформ здравоохранения и разработку новой политики здравоохранения, охрану здоровья матери и ребенка, борьбу с инфекционными и хроническими болезнями и укрепление здоровья населения. Значительная доля внешней помощи поступает по системе грантов иностранных организаций и правительств разных стран, в частности, Правительства Швейцарии и швейцарского Красного Креста, испанского Агентства по международному сотрудничеству, японского Агентства по международному сотрудничеству и Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН). Эти проекты нацелены на подготовку медицинских кадров в области управления здравоохранением, закупки медицинского оборудования, усовершенствование инфраструктуры и укрепление здоровья населения. Такие проекты, как правило, реализуются совместно с болгарскими партнерами, в число которых входят Министерство здравоохранения, научно-исследовательские институты и неправительственные организации (НПО).

### **3.3.5. Другие источники финансирования**

Относительно малая по сравнению с другими источниками часть финансирования поступает в виде добровольных благотворительных пожертвований от частных лиц, частных компаний, фондов и НПО.

В соответствии с Трудовым кодексом работники государственных и частных компаний обязаны проходить регулярный медосмотр. В этой связи работодатели обязаны заключать договоры с медицинскими учреждениями, чтобы обеспечить своим работникам необходимые медицинские услуги.

## **3.4. Объединение финансовых средств**

Сбор и распределение финансовых средств в государственном и частном секторах происходит по-разному. В государственном секторе за сбор налоговых поступлений в центральный бюджет и налоговых поступлений и платежей НФОМС несет ответственность Главное налоговое управление. В частном секторе сбором и распределением средств, полученных по договорам ДМС с компаниями и частными лицами, занимаются КДМС.

### **3.4.1. Ведомства, занимающиеся сбором финансовых ресурсов, и механизмы распределения средств**

Главное налоговое управление несет ответственность за сбор и распределение налоговых поступлений, в том числе от общих налогов, взносов на медицинское страхование и платежей из государственного бюджета для отдельных групп населения. Оно распределяет эти поступления непосредственно по счетам соответствующих министерств и ведомств в течение 72 ч после их получения. Объем средств, выделяемых каждому агентству или сектору, определяется утвержденным бюджетом страны.

#### **Взносы на обязательное медицинское страхование**

Взносы на ОМС собирают 28 территориальных отделений Главного налогового управления, которые ежедневно переводят их на объединенный счет Главного налогового управления. Средства, получаемые Главным налоговым управлением, ежедневно поступают на счет НФОМС, который, в свою очередь, распределяет эти средства по своим 28 региональным фондам обязательного медицинского страхования (региональным ФОМС). Распределение средств НФОМС производится в соответствии с численностью и возрастной структурой населения регионов, данными прошлых лет и прогнозными оценками нужд здравоохранения регионов.

В целях сдерживания затрат и контроля расходов бюджеты региональных ФОМС являются проспективными и детализированными по статьям, с указанием месячных и годовых лимитов расходов. Эти бюджеты подлежат утверждению в НФОМС. Таким образом, бюджеты региональных ФОМС расходуются в соответствии с заранее утвержденными статьями, а на практике региональные ФОМС управляют только своими административными расходами. По согласованию с НФОМС региональные ФОМС имеют возможность перераспределять средства по статьям бюджетов или запрашивать дополнительное финансирование по определенным статьям в течение утвержденного периода (одного фискального года).

#### **Средства бюджетов, выделяемые на финансирование здравоохранения**

Общие государственные налоги (включающие подоходный налог, корпоративные налоги, акцизы, НДС и патентные налоги) собираются на счетах региональных налоговых дирекций, являющихся отделениями Главного налогового управления Министерства финансов. Налоги,

собираемые региональными налоговыми дирекциями, объединяются на национальном уровне Главной налоговой дирекцией для формирования единого государственного бюджета. Средства государственного бюджета распределяются по различным министерствам в соответствии с заранее утвержденными годовыми бюджетами. Средства, выделяемые Министерству здравоохранения, используются в основном для прямого финансирования закупок дорогостоящих лекарств, работы государственных больниц и реализации национальных программ. Некоторые другие министерства также получают из государственного бюджета средства на здравоохранение.

До конца 2004 г. государственные средства выделялись муниципалитетам в виде общей суммы, что позволяло муниципалитетам самостоятельно принимать решения о направлениях расходования средств здравоохранения. В 2005 г. в Законе о государственном бюджете была определена доля средств государственного бюджета, выделяемых муниципальным диспансерам и больницам (или больницам, в уставном капитале которых есть доля муниципального участия). Такое централизованное целевое распределение ресурсов государственного бюджета по муниципалитетам было обусловлено приоритетным финансированием других секторов и достаточно низкими объемами средств, выделяемых медицинским учреждениям из муниципальных бюджетов в 2003–2004 гг.

### **3.5. Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками**

Организационные взаимоотношения между покупателями и поставщиками медицинских услуг в реформированной системе здравоохранения базируются на трех моделях: интегрированная модель, договорная модель и модель возмещения затрат. В интегрированной модели в качестве плательщика и поставщика медицинских услуг выступает одна и та же организация. В договорной модели между поставщиком и плательщиком заключается договор на поставку и оплату услуг. В модели возмещения затрат бенефициар (плательщик) заключает договор с поставщиком и получает возмещение затрат от плательщика. Нормативно-правовая база для использования этих моделей определена в Законе о медицинском страховании 1998 г.

## Государственный сектор

Для НФОМС взаимоотношения между покупателем и поставщиком медицинских услуг основываются на договорной модели, при которой и государственные, и частные поставщики получают оплату от НФОМС только в том случае, если у них заключен договор с НФОМС (т.е. с его региональными отделениями). Этим договором является Национальный рамочный договор, который подписывается ежегодно в целях регулирования порядка и процедур системы обязательного медицинского страхования. Национальный рамочный договор регулирует вопросы, связанные с поставщиками медицинских услуг, объемом услуг, схемой их оплаты, стоимостью услуг, показателями качества здравоохранения и механизмами мониторинга и принудительного осуществления договора.

В соответствии с Национальным рамочным договором органами, определяющими взаимоотношения между поставщиками и покупателями медицинских услуг, являются НФОМС и профессиональные ассоциации поставщиков медицинских услуг (т.е. врачей и стоматологов). В Национальном рамочном договоре НФОМС представлен десятью членами правления и директором. Профессиональные ассоциации врачей и стоматологов (БМА и ССБ соответственно) представлены 10 своими членами (семь от БМА и три от ССБ).

В 2005 г. между организациями поставщиков медицинских услуг и региональными ФОМС было заключено 16 809 индивидуальных договоров в рамках схемы обязательного медицинского страхования. Среди них было 280 договоров с организациями, оказывающими услуги первичной медицинской помощи, 276 договоров с организациями, оказывающими услуги специализированной амбулаторной медицинской помощи и медицинской диагностики, 660 договоров с организациями, оказывающими амбулаторную стоматологическую помощь, 2292 договора с аптеками и 301 договор с больницами (29).

## Частный сектор

Услуги ДМС оказывают компании с ограниченной ответственностью, учрежденные и зарегистрированные в соответствии с нормами Торгового права. КДМС в Болгарии заключают договоры как с частными, так и с государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения, а размер страховых премий оговаривается в зависимости от объема страхового покрытия и качества предоставляемых услуг.

Договоры ДМС включают положение об ответственности компании и пациента в случае индивидуального страхования, компании и семьи,

когда страхуется семья, и компании и работодателя в случае корпоративного страхования (17). Пациенты могут также получать медицинские услуги как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях, оплачивая их за собственный счет.

### 3.6. Механизмы оплаты

Основными источниками финансирования здравоохранения являются взносы на обязательное и добровольное медицинское страхование, налоги и формальные и неформальные платежи граждан.

До реформ медицинским учреждениям выделялся целевой бюджет, который определялся главным образом на основании данных прошлых лет. Выделяемая сумма зависела от численности персонала и числа коек в учреждении. Чем больше были коечный фонд и численность медперсонала, тем больше средств получало медицинское учреждение; уровень госпитализаций был высоким, а пребывание в стационаре, как правило, длительным. Выделенный бюджет распределялся по статьям бюджетной сметы (капитальные затраты, зарплаты персонала, материалы, эксплуатация зданий и оборудования и т.п.). Перераспределения средств между статьями не допускалось, отсутствовали стимулы для более эффективного управления ресурсами и механизмы контроля затрат.

Внесение изменений и дополнений к Закону о здоровье населения 1997 г. позволило медицинским учреждениям получить статус юридических лиц. Этот статус был подтвержден Законом об учреждениях здравоохранения.

Были введены новые подходы к управлению финансовыми ресурсами, нацеленные на их более эффективное использование. Ввели систему договоров между НФОМС и поставщиками медицинских услуг, а также между муниципальными органами власти и муниципальными учреждениями здравоохранения. Государственные учреждения здравоохранения по-прежнему полностью финансируются за счет средств государственного бюджета, получаемых из Министерства здравоохранения. К таким учреждениям относятся 28 РИЗ, 28 национальных центров скорой помощи, 11 государственных психиатрических больниц и 32 детских дома и учреждения социальной помощи. Остальные поставщики услуг здравоохранения получают государственные средства через национальные целевые программы и централизованные закупки медикаментов и медицинских материалов.

Муниципалитеты продолжают финансировать все муниципальные больницы вне зависимости от того, есть ли у них договор с НФОМС, но больницам, имеющим договоры с НФОМС, возмещают только часть их затрат.

### 3.6.1. Оплата медицинских услуг

После реструктуризации системы здравоохранения Болгарии поставщики медицинских услуг в основном получают проспективную оплату за услуги по подушевым нормативам и за пролеченный случай. Это означает, что фактические нормативы оплаты услуг устанавливаются в договоре еще до того, как лечение было произведено. Проспективные нормативы повышают заинтересованность поставщиков услуг, так как в этом случае они берут на себя более высокие финансовые риски. Каждый год НФОМС оговаривает с Болгарской медицинской ассоциацией и Союзом стоматологов Болгарии механизмы оплаты услуг учреждений здравоохранения, работающих по договорам с НФОМС.

Некоторые поставщики медицинских услуг получают оплату за уже предоставленные услуги, что является типичной формой ретроспективного возмещения затрат. Методы оплаты, используемые в настоящее время в Болгарии, представлены в табл. 3.9.

Финансирование больниц производится в основном за пролеченный случай в соответствии с клиническими алгоритмами обследования и лечения, которые были введены в 2001 г. как часть Национального рамочного договора, и едиными дифференцированными по клиническим алгоритмам тарифными ставками. В 2001 г. 158 заболеваний были сгруппированы по 30 клиническим алгоритмам. Количество клинических алгоритмов в 2002 г. увеличилось до 40, в 2005 г. — до 120 (29), в 2006 г. — до 298, а в 2007 г. достигло 299 (19).

Размер возмещаемой НФОМС единой ставки за клинический алгоритм обследования и лечения также изменился. В 2001 г. средняя ставка составляла 140 левов (71 евро), в 2002 г. она выросла до 290 левов (148 евро), а в 2003 г. — до 370 левов (189 евро) (34). Расчет единой ставки производится на основании стоимости лечебных мероприятий, вспомогательных услуг, предоставляемых пациентам во время госпитализации или временной нетрудоспособности, и стоимости не более двух амбулаторных медицинских осмотров и консультаций после выписки из больницы. Тарифные ставки стационарных услуг, по которым НФОМС осуществляет оплату, не отражают полных фактических расходов больниц на оказание этой помощи.

Таблица 3.9. Механизмы оплаты

Поставщик услуг здравоохранения	Бюджет центрального Правительства	ФОМС	ДМС	Потребители
Государственные и муниципальные больницы	Только по числу койко-дней; оплачиваются психиатрические больницы, детские дома и социальные учреждения	За пролеченный случай (в соответствии с клиническим алгоритмом и едиными ставками за каждый клинический алгоритм)	Оплата за предоставленные услуги	Соплатежи в размере 2% МРОТ за каждое посещение или прямые платежи для ФЛ
Частные больницы		За пролеченный случай (в соответствии с клиническим алгоритмом)	Оплата за предоставленные услуги	Соплатежи в размере 2% МРОТ за каждое посещение или прямые платежи для ФЛ
Муниципальные больницы	Целевые субсидии муниципальным больницам и диспансерам	За пролеченный случай (в соответствии с клиническим алгоритмом)	Оплата за предоставленные услуги	Соплатежи в размере 2% МРОТ за каждое посещение или прямые платежи для ФЛ
Специализированная амбулаторная помощь		Оплата за предоставленные услуги, соплатежи за отпускаемые по рецепту лекарства при амбулаторном лечении	Оплата за предоставленные услуги	Соплатежи в размере 1% МРОТ за каждое посещение или прямые платежи для ФЛ
Врачи общей практики		Подушевое финансирование, соплатежи за отпускаемые по рецепту лекарства при амбулаторном лечении	Оплата за предоставленные услуги	Соплатежи в размере 1% МРОТ за каждое посещение по системе ОМС или оплата за предоставленные услуги
Лаборатории		Оплата за предоставленные услуги	Оплата за предоставленные услуги	2 лева за каждое посещение или прямые платежи для ФЛ

Примечание: ФЛ – физическое лицо.

В договорах больниц с НФОМС устанавливается максимально возможное число пролеченных случаев; в течение срока действия договора это число может быть увеличено на 20%, но если это происходит, то НФОМС возмещает больнице ее затраты по цене ниже той, которая указана в договоре на указанное число случаев.

Некоторые учреждения здравоохранения финансируются из средств государственного бюджета, выделяемых Министерством здравоохранения. К их числу относятся РИЗ, национальные центры скорой помощи, государственные психиатрические больницы, детские дома и социальные учреждения. Государственные психиатрические больницы, детские дома и социальные учреждения финансируются Министерством здравоохранения по фактическому числу койко-дней и нормативу расходов на один койко-день, включающему все статьи расходов (уход, накладные расходы, питание и т.п., а также капитальные вложения).

Дополнительные средства в больницы поступают за счет обязательных соплатежей пациентов (2% МРОТ за сутки госпитализации – см. пункт 3.3.3), а также в форме оплаты за предоставленные услуги (платное медицинское обслуживание). Каждое медицинское учреждение разрабатывает собственный прейскурант платных услуг.

Поставщики услуг ПМСП получают возмещение от НФОМС на договорной основе, в соответствии с положениями Национального рамочного договора. Эти контракты предусматривают ежемесячное финансирование по подушевому принципу на прикрепленное население. Кроме того, предусмотрена дополнительная компенсация за работу в малонаселенной местности и/или в отдаленных районах с неблагоприятными условиями жизни, а также премии за предоставление так называемых социально значимых услуг – в частности, профилактической помощи. Это является механизмом подушевого финансирования в сочетании с периодическим подведением баланса. Поставщики услуг ПМСП получают также оплату за предоставленные услуги пациентам, которые к ним не прикреплены. Работа таких врачей финансируется только за счет средств НФОМС и частных наличных платежей; никаких средств от государства они не получают. Если у поставщика услуг ПМСП нет договора с НФОМС, то все свои доходы он получает от оплаты за предоставленные услуги. Более подробная информация о поставщиках услуг ПМСП содержится в пункте 3.6.2.

Услуги специализированной амбулаторной помощи и лабораторий возмещаются НФОМС на договорной основе с использованием метода оплаты за предоставленные услуги.

Стоматологическая помощь в основном оплачивается за счет личных средств граждан, используя прямую оплату предоставленных услуг. Вместе с тем НФОМС и Союз стоматологов Болгарии устанавливают определенные тарифы на ограниченный набор стоматологических услуг, включенных в базовую программу ОМС (см. раздел 6.12).

### 3.6.2. Оплата труда медицинских работников

В амбулаторном и стационарных секторах система оплаты труда медицинских работников различна. Главным образом это объясняется тем, что в этих секторах система медицинского страхования была введена в разное время (в секторе амбулаторной помощи – в июле 2000 г., в стационарном секторе – с 2001 г.). Различия в уровнях вознаграждения персонала амбулаторных и стационарных медицинских учреждений вызывали конфликты, которые были частично урегулированы с введением финансирования больниц в соответствии с клиническими алгоритмами обследования и лечения. Однако неравенство в оплате существует и сейчас, поскольку не всем больницам оплачивают их услуги по системе клинических алгоритмов, а те, которые оплачиваются по этой схеме, часто используют различные алгоритмы, также варьирует и число алгоритмов. С введением реформ здравоохранения оплата труда медицинских работников все больше зависит от показателей работы, хотя довольно большая доля персонала по-прежнему получает фиксированную зарплату.

#### Сектор амбулаторной помощи

Согласно Закону о медицинском страховании 1998 г. врачи общей практики получают оплату в соответствии с условиями Национального рамочного договора. Оплата труда врачей общей практики производится в основном по подушевым нормативам и зависит от численности прикрепленного контингента. Кроме того, врачи получают дополнительные премии, например, за следующие услуги:

- профилактика заболеваний – установленная сумма, зависящая от возраста пациента;
- иммунизация детей, включенных в Программу «Здоровье детей»;
- регулярные медосмотры лиц, включенных в программу «Здоровье матери»;
- работа в отдаленных районах или в районах с плохо развитой инфраструктурой и другими трудными условиями;
- медосмотр лиц по программе ОМС из других регионов, с возмещением от НФОМС по системе оплаты за предоставленные услуги.

В табл. 3.10 приведены подушевые нормативы для различных возрастных групп в период 2003–2005 гг.

Оплата труда врачей – узких специалистов амбулаторной помощи производится на основе оплаты за предоставленные услуги по различным ставкам, в зависимости от характера услуг. В Национальном рамочном договоре 2005 г. определены следующие ставки за услуги врачей-специалистов:

**Таблица 3.10. Подушевые нормативы для различных возрастных групп в 2003–2004 гг. и в 2004–2005 гг. (в болгарских левах)**

Возрастная группа	Подушевой норматив, 2003–2004 гг. (в болгарских левах, в месяц)	Подушевой норматив, 2004–2005 гг. (в болгарских левах, в месяц)
0–17	0,75	0,93
18–64	0,65	0,70
65+	0,96	1,02

Источник: National Framework Contract 2003, 2004 (19).

- за первое посещение — 10 левов в 2003 и 2004 гг. и 11,50 левов в 2005 г.;
- за повторное посещение по поводу одного и того же заболевания (заболеваний) или состояния (состояний) — 4,75 левов в 2003 и 2004 гг. и 5,50 левов в 2005 г.;
- оплата за профилактические осмотры в рамках программ «Здоровье детей» и «Здоровье матери»;
- оплата за пролеченный случай (шесть видов клинических алгоритмов) поставщику специализированной амбулаторной помощи (медицинскому центру, медико-стоматологическому центру, диагностическому центру) с коечным фондом для наблюдения и лечения в течение не более 48 ч, если уход соответствует требованиям реализации клинических алгоритмов.

НФОМС также возмещает услуги физиотерапии, высокоспециализированные услуги и диагностические тесты по тарифам, установленным в Национальном рамочном договоре.

Платежи поставщикам услуг специализированной амбулаторной помощи производятся региональными ФОМС ежемесячно по представлении ими соответствующих бухгалтерских документов.

Вопросы возмещения НФОМС поставщикам амбулаторных стоматологических услуг оговорены в Национальном рамочном договоре. Возмещается только установленная сумма, включенная в базовую программу ОМС.

## Стационарный сектор

Механизмы оплаты труда медицинских работников, работающих в стационарах, зависят от того, в каком учреждении они работают (государственном или частном). Обычно используется комбинация различных механизмов; преобладающий механизм оплаты зависит от вида учреждения и его формы собственности.

В государственном секторе медицинский персонал в основном получает фиксированную зарплату и дополнительные премии по результа-

там труда, которые с 2002 г. включаются в договор с НФОМС как форма стимулирования медицинских кадров. Размер премии по результатам труда не фиксирован и представляет собой долю бюджета стационара, выделяемого НФОМС на заработную плату персонала. В большинстве случаев она должна составлять не менее 40% бюджета, выделяемого НФОМС на оплату по системе клинических алгоритмов, которая является методом оплаты услуг поставщиков стационарной помощи (35). Такой порядок обеспечивает директорам больниц четко оговоренные условия вознаграждения персонала, тогда как раньше, вследствие недофинансирования, во многих случаях дополнительные ресурсы принято было выделять на реконструкцию больниц или выплату долгов.

Многие директора больниц оказались не готовы к новым условиям и ответственности, что порождало недовольство персонала. Помимо отсутствия необходимого управленческого потенциала, не все отделения больниц получали оплату за пролеченные случаи (в соответствии с клиническими алгоритмами), что приводило к трудностям при определении базовой заработной платы работников. Кроме того, как уже говорилось, директора больниц заявляли, что цены, по которым НФОМС оплачивает услуги больниц по системе клинических алгоритмов, являются нереальными, так как не отражают истинных затрат больниц на эти услуги. Директора больниц зачастую не соблюдают требования выделения 40% средств, поступивших в качестве оплаты услуг по клиническим алгоритмам, на оплату труда персонала, используя эти средства для покрытия издержек больниц.

Чтобы решить эту проблему, в некоторых больницах были введены качественные и количественные критерии оценки индивидуального вклада врачей и других медицинских работников в реализацию клинических алгоритмов обследования и лечения. Часть средств, выделяемых на дополнительные стимулирующие выплаты, распределяется также работникам параклинических отделений и некоторых административных подразделений.

В частных больницах для всех категорий персонала (врачей, стоматологов, фармацевтов, управленческого, административного и вспомогательного персонала) механизмы оплаты труда непосредственно оговариваются между работодателем и лицом, работающим по трудовому договору. Требование об обязательном выделении 40% средств, поступающих за реализацию клинических алгоритмов, на оплату труда персонала, действует также и в отношении частных больниц, работающих по договору с НФОМС. В частных больницах выделяемая премия по результатам труда в большинстве случаев идет именно на оплату труда персонала.

## 4. Планирование и регулирование

**В** данной главе дается обзор функций планирования, регулирования и управления, а также организационных связей между различными ведомствами в системе здравоохранения. Кроме того, здесь рассматриваются обязанности основных организаций по регулированию, планированию и распространению информации в секторе здравоохранения.

### 4.1. Регулирование

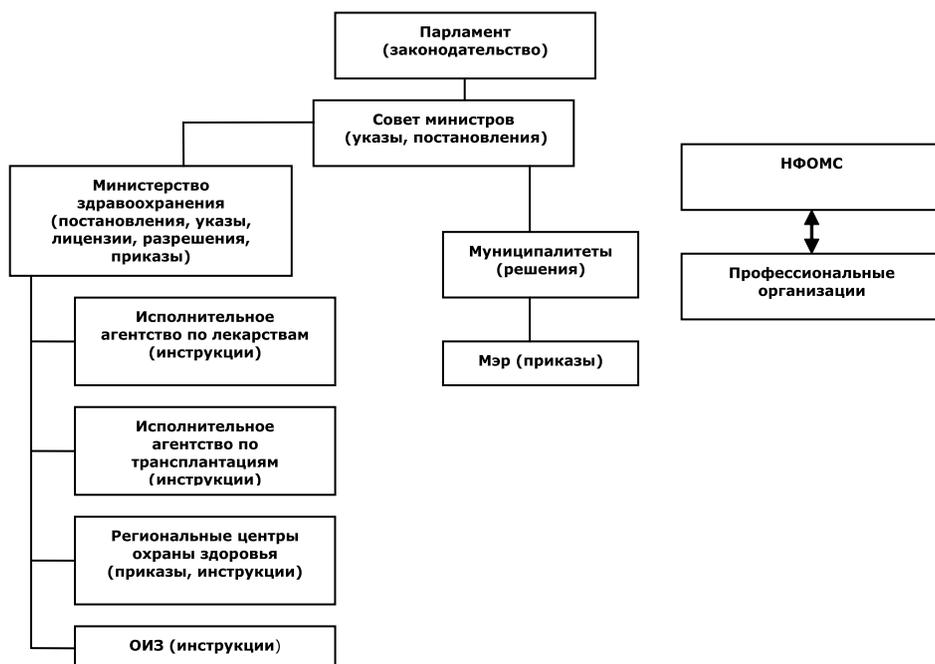
Функции государства в сфере регулирования здравоохранения определены в Конституции и в законах о системе здравоохранения и о местном самоуправлении. На основании законов, которые принимает Народное собрание, Совет министров принимает подзаконные акты (указы и распоряжения), регулирующие различные аспекты системы здравоохранения (например, Указ о составлении Национальной карты здоровья).

Министр здравоохранения имеет право издавать постановления, инструкции и приказы, регулируя таким образом определенные функции национальной системы здравоохранения (например, постановления о медицинских стандартах). Кроме того, муниципальные советы могут на своих сессиях принимать решения, а мэры – издавать приказы, касающиеся деятельности системы здравоохранения на подведомственной территории.

НФОМС регулирует все аспекты реализации Национального рамочного договора, который определяет деятельность и критерии выполнения определенных мероприятий, таких как клинические алгоритмы обследования и лечения, методы назначения лекарств и разработка

стандартов оказания амбулаторной помощи определенных видов. В большей части функции НФОМС связаны с необходимыми консультациями с профессиональными организациями.

**Рис. 4.1. Правительственные органы и их регулятивные функции в области здравоохранения**



Как видно из рис. 4.1, регулятивные функции на различных уровнях полностью централизованы. Муниципалитеты и НФОМС являются относительно независимыми органами с точки зрения регулирования, но только в установленных Народным собранием и Советом министров рамках.

#### **4.1.1. Регулирование и управление плательщиками третьей стороны**

Плательщики третьей стороны есть как в государственном, так и частном секторах. Нормативно-правовую базу регулирования и управления плательщиками третьей стороны в Болгарии составляет Закон о медицинском страховании 1998 г. с изменениями и дополнениями.

В государственном секторе НФОМС является органом, отвечающим за обеспечение доступа застрахованных к медицинской помощи в соответствии с обязательствами Национального рамочного договора, а также клиническими руководствами и стратегиями Министерства здравоохранения.

НФОМС представляет собой государственную некоммерческую организацию, управляемую Собранием представителей, правлением, контрольным органом и директором. Финансирование НФОМС осуществляется из Главного налогового управления, ответственного за сбор взносов на социальное страхование. Бюджет НФОМС должен быть утвержден Парламентом страны до начала финансирования фондом медицинских учреждений.

Услуги ДМС предоставляются компаниями, занимающимися добровольным медицинским страхованием (КДМС). Это акционерные общества, зарегистрированные в соответствии с нормами Торгового права и получившие лицензии на свою деятельность в соответствии с положениями Закона о медицинском страховании 1998 г. Лицензирование деятельности по ДМС осуществляется Комиссией по финансовому надзору (КФН) Министерства финансов, являющейся правительственной комиссией, контролирующей деятельность страховых компаний, пенсионных фондов и КДМС. КФН выдает лицензии на каждую программу по ДМС, осуществляет мониторинг ежемесячных показателей работы компаний и принимает решения о страховых договорах и премиях. Все изменения к лицензированным программам медицинских услуг необходимо согласовывать с КФН и получать ее одобрение на внесение изменений. Чтобы подать заявку на получение лицензии, компания обязана соблюсти установленные требования о минимальном уставном капитале, составляющем 500 000 левов. Эту сумму компания обязана в полном объеме перевести на счет в болгарском или иностранном банке, имеющем лицензию Болгарского национального банка. В течение срока, на который выдается лицензия (3 года), КДМС обязана увеличить свой капитал как минимум до 2 млн левов.

КФН регулирует механизмы накопления резервного фонда КДМС, размер их гарантированного акционерного капитала и правила инвестирования в ликвидные активы. Основной целью деятельности КФН является соблюдение гарантий финансового обеспечения договорных отношений КДМС с застрахованными. Если обнаруживаются финансовые трудности, ставящие под угрозу выполнение условий договоров страхования, КФН может инициировать процедуру отзыва лицензии КДМС. Если возникает такая ситуация, КДМС все равно обязана выполнить свои обязательства перед застрахованными, но привлекать

новых клиентов такой компании будет запрещено. Впоследствии, в соответствии с положениями Торгового кодекса, от имени компании должна быть инициирована процедура банкротства.

В Болгарии есть еще три вида частного страхования: вклады частных лиц на индивидуальных дополнительных пенсионных счетах; страхование здоровья, предлагаемое компаниями, занимающимися в том числе страхованием жизни, и договоры на медицинское обслуживание, которые заключаются с поставщиками на предоставление медицинских услуг определенного вида и объема по установленным ценам. КФН регулирует только личные вклады на индивидуальных пенсионных счетах и медицинское страхование, предлагаемое компаниями, занимающимися страхованием жизни (и другими видами страхования). Личные вклады на индивидуальных дополнительных пенсионных счетах могут быть сняты в любой момент, чтобы покрыть непредвиденные расходы на медицинское обслуживание (36).

Медицинское страхование, которое предлагают компании, занимающиеся страхованием жизни (и другими видами страхования), обеспечивает возмещение расходов на медицинское обслуживание или денежную компенсацию застрахованным в случае временной нетрудоспособности. Такие компании получают разрешения от КФН, которая также регулирует их деятельность (36).

С физическими и юридическими лицами могут быть также заключены договоры на медицинское обслуживание, т.е. на предоставление медицинских услуг определенного вида и объема по установленным ценам. Такие договоры обычно заключают работодатели в пользу своих работников, которые могут пользоваться заранее определенной программой услуг в определенном медицинском учреждении. Выплаты по таким договорам производятся регулярно, точно так же, как страховые премии по договорам ДМС. Этот вид медицинского страхования лицензированию и контролю не подлежит (36).

#### **4.1.2. Регулирование деятельности производителей медицинских услуг**

По Закону об учреждениях здравоохранения 1999 г. медицинские учреждения получили статус самостоятельных правовых единиц, имеющих управленческую автономию. Кроме того, в этом законе содержится перечень утвержденных организационно-правовых форм учреждений здравоохранения с разбивкой по секторам (16).

Первичную медико-санитарную помощь могут оказывать в учреждениях частной практики, групповой практики и в поликлиниках. Владельцем частной практики является врач общей практики, а владельцем групповой практики – ее учредители. Если врачи хотят работать в секторе амбулаторной помощи, то по закону они обязаны зарегистрироваться как специалисты, оказывающие первичную или специализированную амбулаторную помощь в рамках либо индивидуальной, либо групповой практики, или работать по найму в консультативно-диагностическом центре, медицинском центре, стоматологическом центре или медико-стоматологическом центре.

Специализированную амбулаторную помощь (частную и государственную) могут оказывать в учреждениях частной практики, групповой практики, в медицинских центрах, в консультативно-диагностических центрах и медико-диагностических или технических лабораториях. Владельцами индивидуальной и групповой практики являются соответствующие работники здравоохранения. Владельцами медицинских центров, консультативно-диагностических центров и медико-диагностических или технических лабораторий могут быть муниципалитеты, кооперативы, больницы и другие действующие на законном основании учреждения здравоохранения.

Первичную и специализированную амбулаторную стоматологическую помощь оказывают в учреждениях частной и/или групповой практики. Управление индивидуальной практикой по оказанию первичной/специализированной амбулаторной стоматологической помощи осуществляется врачом-стоматологом, который имеет право нанимать необходимый персонал. Групповая практика по оказанию первичной/специализированной амбулаторной стоматологической помощи – это коммерческая компания или кооператив, учрежденный стоматологами, которые также могут нанимать необходимый персонал (16).

Все центры амбулаторной помощи и хосписы должны быть зарегистрированы в региональных центрах охраны здоровья, которые отвечают за ведение регистра учреждений здравоохранения на подведомственной территории.

Стационарную помощь оказывают в государственных и частных больницах, которые должны быть зарегистрированы в соответствии с Законом о торговых отношениях как коммерческие корпорации или компании. Национальные больницы (многопрофильные и специализированные) являются собственностью государства; межрегиональные и региональные больницы могут быть в собственности как государства (Министерства здравоохранения или других министерств), так и муниципалитетов. Местные больницы принадлежат муниципалитетам.

Вне зависимости от формы собственности и в частных, и в государственных больницах действует система корпоративного управления. В государственных и муниципальных больницах органы управления назначаются их владельцами. Вследствие очень низкого уровня контроля, подотчетности, ответственности и управленческого потенциала исторически сложилось так, что управление больниц является неэффективным, в результате чего они находятся в долгах.

Медицинские учреждения, как государственные, так и частные, как амбулаторные, так и стационарные, должны быть аккредитованы Министерством здравоохранения. Совет по аккредитации при Министерстве здравоохранения занимается разработкой проектов стандартов, постановлений и показателей, касающихся аккредитации. Аккредитация производится по системе от 1 до 5 звезд; результаты аккредитации публикуются на сайте Министерства здравоохранения. Прежде чем заключить договор с НФОМС, учреждения здравоохранения должны быть аккредитованы. Однако система аккредитации никак не связана с дифференцированными выплатами, производимыми НФОМС, в результате чего у НФОМС отсутствует рычаг для вознаграждения учреждений здравоохранения за более высокое качество.

ВМС отвечает за планирование медицинских кадров и направляет свои предложения в Министерство образования и науки, которое несет ответственность за планирование обучения студентов-медиков в университетах и последипломную подготовку выпускников медицинских специальностей, а также за планирование распределения ресурсов для студентов университетов. Профессиональные организации и региональные центры охраны здоровья (если дело касается врачей-специалистов) отвечают за соблюдение медицинскими работниками норм добросовестного профессионального поведения и за предоставление им возможностей непрерывного образования.

И врачи, и учреждения здравоохранения (государственные и частные) могут свободно заключать договоры с НФОМС и/или с КДМС. Поставщики медицинских услуг, имеющие договор с НФОМС, подпадают под положения Национального рамочного договора, что регулируется статьей 55 Закона о медицинском страховании 1998 г. Любой врач или медико-санитарное учреждение, которые не имеют договора с НФОМС, могут оказывать платные услуги. Если поставщик медицинских услуг не соблюдает положения Национального рамочного договора, то к нему либо применяются санкции со стороны НФОМС, либо договор с ним расторгается (более подробно о Национальном рамочном договоре см. пункт 4.1.3 и разделы 3.5 и 3.6).

### **4.1.3. Регулирование и управление процессом закупок медицинских услуг**

Закон о медицинском страховании 1998 г. определяет нормативно-правовую базу организационных отношений между покупателями и поставщиками медицинских услуг в государственном и частном секторах.

В государственном секторе договорная модель действует как юридически обязывающее соглашение и регулирует взаимоотношения между медицинскими учреждениями и покупателями медицинских услуг, а также между медицинскими учреждениями и другими лицами (когда это необходимо). В соответствии с этой моделью плательщик (НФОМС и/или Министерство здравоохранения) заключает с каждым соответствующим медицинским учреждением (государственным или частным) отдельный срочный договор.

Регулирование отношений между покупателем и поставщиком медицинских услуг в системе ОМС основывается на договорной модели. Директор каждого регионального ФОМС заключает договор с медицинским учреждением (государственным или частным) на территории его ответственности при условии, что эти учреждения отвечают требованиям Национального рамочного договора. Например, в такой договор не могут быть включены услуги, не предусмотренные Национальным рамочным договором, или предоставляемые на менее выгодных, чем указано в Национальном рамочном договоре, условиях. В ряде случаев договор может предусматривать ограничение объема деятельности, за которую данное медицинское учреждение имеет право получать возмещение от регионального ФОМС. Одним из примеров таких ограничений является предельный размер суммы, возмещаемой медицинскому учреждению по подушевым нормативам за определенное число рентгеновских обследований в месяц.

Национальный рамочный договор имеет силу закона для всех сторон контракта и регулирует деятельность поставщиков медицинских услуг, объем услуг, методы оплаты и цены, качественные показатели медицинских услуг, а также механизмы принудительного осуществления договорных условий. Договоры разрабатываются в индивидуальном порядке и подлежат ежегодным изменениям после утверждения очередного Национального рамочного договора или когда изменяются условия действующего договора.

НФОМС осуществляет медицинский и финансовый контроль за своими партнерами по договорам. Непосредственными проверками медицинской и финансовой деятельности партнеров занимаются должностные лица НФОМС и региональных ФОМС, а также медицинские

аудиторы. Медицинские и финансовые аудиторы работают в особых подразделениях НФОМС и его региональных отделений. Финансовые инспекторы, собирая бухгалтерскую документацию и отчетность по медицинским учреждениям, работающим по договору с НФОМС, контролируют исполнение финансовой части договоров. Медицинский и финансовый контроль осуществляется с помощью плановых и внеплановых проверок, которые проводятся в соответствии с положениями Национального рамочного договора, в связи с жалобами и при досрочном расторжении договора с поставщиком медицинских услуг.

Национальный рамочный договор содержит правила и требования в отношении поставщиков медицинских услуг и деятельности аудиторов. Процесс медицинского и финансового аудита, который проводится инспекторами НФОМС, служит основой для предоставления медицинских услуг, указанных в соответствующих договорах с поставщиками. И хотя в целом эта система работает, существуют определенные проблемы в области создания потенциала и подготовки аудиторов, которые могли бы эффективно выполнять свои обязанности.

Для государственных и муниципальных больниц, а также для финансирования учреждений, находящихся в общественной собственности, также действует система договоров между Министерством здравоохранения и директорами больниц. Более подробно об этом говорится в разделе 3.6.

В частном секторе в отношениях между покупателем медицинских услуг (Фондом добровольного медицинского страхования) и их поставщиками (учреждениями здравоохранения) используются только интегрированная модель и модель возмещения затрат. КДМС разрешено покупать и предоставлять услуги, и/или частные лица могут заключить договор непосредственно с учреждениями здравоохранения и получать возмещение затрат от страховых компаний.

Лица, имеющие полисы ДМС, могут получать возмещение затрат на медицинские услуги или заключить договор на медицинское обслуживание на определенный период. Если выбран вариант возмещения затрат на услуги, то страховая компания возместит застрахованному затраты на медицинские услуги полностью или частично при наступлении страхового случая или за медицинские услуги, оказанные ему в течение соответствующего календарного года. Сумма возмещения или устанавливается в договоре страхования заранее, или в договоре на медицинское обслуживание может быть указано, что владелец полиса должен получить фиксированную сумму в связи с расходами на лечение. Эти суммы выплачиваются страховой компанией на основании документов о понесенных расходах, представленных застрахованным.

Если пациент выбирает вариант возмещения за медицинское обслуживание, то КДМС производит оплату поставщикам медицинских услуг за предоставление заранее оговоренных услуг. Договора на медицинское обслуживание заключаются между медицинскими центрами (консультативно-диагностическими центрами) и физическими или юридическими лицами на предоставление конкретных услуг отдельным лицам (индивидуальный договор страхования), членам их семей (семейный договор) или работникам определенного предприятия (коллективный договор). Характерной особенностью здесь является непосредственная связь между пациентом (клиентом) и врачом (поставщиком услуг). Аналогичная практика существует почти во всех частных диагностических центрах, что позволяет человеку свободно выбрать любого поставщика медицинских услуг.

КДМС могут владеть собственными учреждениями здравоохранения и аптеками и предоставлять медицинскую помощь сами, а могут заранее заключить договор со своим бенефициаром и возмещать затраты за оказанные медицинскими учреждениями услуги либо непосредственно медицинским учреждениям, либо бенефициарам. Услуги, оказываемые за счет личных средств граждан, оплачиваются поставщику медицинских услуг напрямую.

## **4.2. Планирование и управление медицинской информацией**

Планирование и управление в сфере здравоохранения осуществляется посредством проведения национальной политики здравоохранения, составления национальных и региональных карт здоровья и реализации национальных программ в области здравоохранения. Парламент ответственен за общий и принятие национального законодательства в сфере здравоохранения, а Министерство здравоохранения – за формирование политики развития сектора.

Стратегические направления национальной политики здравоохранения изложены министром в Национальной стратегии здравоохранения, составленной Министерством здравоохранения в сотрудничестве с местными экспертами и одобренной Народным собранием. Как правило, Национальная стратегия здравоохранения составляется на пять лет и/или меняется со сменой министра здравоохранения.

Планирование производится также с помощью Национальной и региональных карт здоровья (РКЗ). Этот механизм позволяет планиро-

вать и распределять учреждения здравоохранения, врачей и специалистов по территориальному принципу исходя из потребностей населения в доступной и своевременной медико-санитарной помощи.

В РКЗ содержится описание видов, числа, характера деятельности и распределения учреждений здравоохранения, врачей и специалистов, занимающихся оказанием стационарной, скорой и амбулаторной медицинской помощи в каждом регионе. РКЗ составляются на основании данных об имеющихся учреждениях здравоохранения и их возможностях по оказанию медицинской помощи; кроме того, в них учитываются соответствующие географические особенности, существующая инфраструктура, а также демографическая стратификация, социальные характеристики, приоритеты, потребности и состояние здоровья населения региона.

На основании данных, содержащихся в РКЗ, министр здравоохранения назначает национальную комиссию по подготовке Национальной карты здоровья, в которой, помимо содержащихся в РКЗ сведений, учитываются также географические границы, оценка национальных приоритетов, минимальное количество учреждений здравоохранения и те учреждения здравоохранения, которые не подлежат приватизации.

Министерство здравоохранения отвечает также за реализацию программ санитарного просвещения населения, мер по борьбе с эпидемиями и национальных программ профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения (см. вставку 4.1). Национальные программы в области здравоохранения разрабатываются в целях улучшения состояния здоровья и удовлетворения конкретных потребностей населения. Выбранные программы основаны на оценке состояния здоровья населения, демографических тенденциях и имеющихся ресурсов здравоохранения.

В Болгарии разрабатываются информационные системы для сбора и мониторинга данных. Данные, касающиеся сектора здравоохранения, собирает Национальный центр медицинской информатики, Министерство здравоохранения и Национальный статистический институт; в настоящее время разрабатывается новая единая информационная система для НФОМС.

Национальный центр медицинской информатики находится в прямом подчинении Министерства здравоохранения. Деятельность центра нацелена на предоставление данных о системе здравоохранения страны и на обеспечение информационной поддержки органов управления здравоохранением (12). Национальный центр медицинской информатики собирает, в частности, следующие данные: зарегистрированные

**Вставка 4.1. Национальные программы в области здравоохранения, принятые Правительством начиная с 2000 г.**

Национальная программа профилактики социально значимых болезней (2000–2005)  
Национальная программа развития инвазивной кардиологии (2002–2008)  
Национальная программа профилактики, лечения и реабилитации лиц, страдающих наркотической зависимостью (2001–2005)  
Национальная стратегия и рабочая программа профилактических скрининговых обследований на предмет выявления онкологических заболеваний (2001–2006)  
Национальная программа «Психическое здоровье населения» (2001–2005)  
Национальная программа профилактики суицида (2000–2005)  
Национальная программа в области нефрологии, диализа и трансплантации почки (2000–2005)  
Национальная программа в области трансплантации тканей (2001–2005)  
Национальная программа в области трансплантации костного мозга (2000–2005)  
Национальная программа профилактики, ранней диагностики и лечения туберкулеза (2000–2003)  
Национальная программа профилактики наследственных заболеваний и предрасположений и врожденных аномалий (пороков развития) (2000–2005)  
Национальная программа по борьбе с курением (2002–2006)  
Национальный план действий по охране окружающей среды и здоровья человека (2000–2006)  
Национальная программа профилактики и контроля ВИЧ/СПИД/ИППП (2001–2007)  
Национальная программа по разработке медицинских стандартов (2001–2007)

случаи заболеваний, уровень инвалидности, данные о рождаемости, абортах, коэффициенты фертильности, уровни госпитализации в разрезе возрастных групп, данные об учреждениях здравоохранения различных типов и показатели их работы, сведения о медицинских работниках и медицинских учреждениях по регионам. Национальный центр медицинской информатики несет ответственность за распространение этой информации посредством выпуска ежегодных отчетов по медицинской статистике, которые наряду с данными Национального статистического института публикует Министерство здравоохранения. Кроме того, центр занимается подготовкой макетов материалов для опубликования и готовит специальные аналитические материалы по различным проблемам системы здравоохранения. Данные Национального центра медицинской информатики представляются также в международные организации для проведения сравнительного анализа.

Национальный статистический институт был создан еще в 1880 г. как независимое Болгарское статистическое бюро. Главными функциями института являются сбор, обработка и публикация статистической

информации по всем вопросам и секторам в стране (2). На основании этих данных составляются статистические ежегодники. Статистические данные, получаемые от Национального статистического института, включают сведения в области экономики, демографии, естественного движения населения с распределением по возрасту, полу, месту жительства (в городской или сельской местности), а также о количестве врачей в разрезе специальностей и о количестве учреждений здравоохранения в стране.

НФОМС в настоящее время разрабатывает единую информационную систему. При финансовой поддержке Всемирного банка эта система должна быть закончена и внедрена к концу 2007 г. Цель данного проекта состоит в том, чтобы упростить процесс непрерывного сбора и анализа информации, необходимой для обоснованного принятия решений.

## 5. Материальные и трудовые ресурсы

### 5.1. Материальные ресурсы

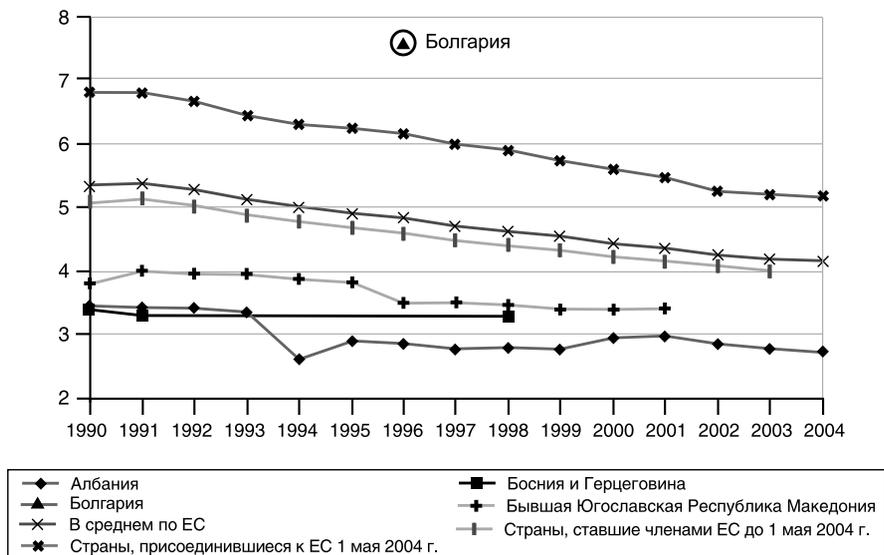
#### 5.1.1. Инфраструктура

**В** 2004 г. в Болгарии было 306 больниц (10), в которых, по данным Национального центра медицинской информатики, насчитывалось 43 597 коек (12), а по данным ВОЗ – 47 709 коек (9). Общее число больничных коек начиная с 1996 г. постепенно сокращалось. Уменьшение в 1996–2004 гг. числа коек на 42% (10, 12) показывает, что в стране имела место политическая воля и предпринимались значительные усилия, нацеленные на реализацию реформ здравоохранения (см. рис. 5.1 и табл. 5.1). В 2004 г. обеспеченность больничными койками в Болгарии составляла 613 на 100 000 населения, в то время как в 1996 г. этот показатель равнялся 1047 на 100 000 (10). В 2004 г. обеспеченность населения больничными койками в Болгарии была ниже среднего показателя по ЕС-10, который составлял 649 коек на 100 000 населения.

По сравнению с 2000 г. в 2004 г. средняя продолжительность пребывания в стационаре уменьшилась с 11,5 до 8,3 дня, а число пациентов, получивших интенсивное лечение в многопрофильных и специализированных больницах, увеличилось: в многопрофильных больницах – с 951 368 до 1 160 216 человек, в специализированных – с 99 600 до 214 933 человек (12).

Сравнивая показатели деятельности больниц и других учреждений, следует отметить, что в Болгарии наибольшая средняя продолжительность лечения приходится на лечение в стационарах на дому (15,4 дня), затем идет лечение в стационарах длительного лечения (таких, как психиатрия, фтизиатрия и др.) (12,8 дня), интенсивное лечение (7,3 дня) и реанимация и интенсивная терапия (4,1 дня).

**Рис. 5.1.** Число больничных коек на 1000 населения в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2004 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

**Таблица 5.1.** Показатели работы больниц, 2004 г.

Показатель	2004
Численность населения	7 761 049
Число коек	43 597
Число коек на 100 000 населения	562
Число госпитализаций	1 473 631
Коэффициент использования коечного фонда, %	75
Средняя продолжительность пребывания в стационаре, дней	8,3

Источник: National Centre Health Informatics, 2005 (12).

В настоящее время на повестке дня правительства стоят следующие задачи по улучшению инфраструктуры здравоохранения:

- реструктуризация коечного фонда – увеличение числа коек, предназначенных для долечивания, длительного лечения и реабилитации;
- совершенствование взаимодействия между амбулаторными и стационарными учреждениями в целях предотвращения ненужных госпитализаций и госпитализаций по поводу осложнений, которые можно было предотвратить;

- расширение сотрудничества между стационарами и учреждениями социальной защиты;
- внедрение более эффективных методов финансирования больниц и постоянное повышение качества стационарного лечения.

### 5.1.2. Основные фонды и капитальные вложения

В эпоху коммунистического правления и до 1990-х годов все больницы в Болгарии испытывали сильнейшее недофинансирование. Объяснялось это тем, что больниц в стране было слишком много и их финансирование производилось полностью за счет государства. Вместо того чтобы закрыть нерентабельные больницы, их оставили работать, но капитальные вложения прекратились, что привело к обветшанию зданий и износу медицинского оборудования, техническое состояние которого не поддерживалось на должном уровне. Даже после введения системы ОМС финансирование медицинских учреждений было недостаточным для покрытия необходимых расходов. Возникла необходимость существенной модернизации больничного сектора и замены основного диагностического и лечебного оборудования.

До 2001 г. какой-либо единой государственной стратегии капитальных вложений в систему здравоохранения не было. В 2002–2005 гг. доля государства в капитальных вложениях была незначительной, что негативно отразилось на возможностях создания устойчивой системы и модернизации зданий и сооружений. Начиная с 2005 г. доля выделяемых Министерством здравоохранения капитальных вложений возросла до 51% государственного бюджета, выделяемого на здравоохранение. Помимо государственных субсидий, муниципалитеты в соответствии с Законом о государственном бюджете также финансируют приобретение долгосрочных активов, проведение капитального ремонта и реконструкции медицинских учреждений, а также мероприятия по развитию информационных технологий.

Другими источниками инвестиций для медицинских учреждений являются программы грантов (ФАРЕ и программы Всемирного банка). В 2001–2005 гг. объем финансирования в рамках этих программ составил 25 млн евро. Эти средства были выделены на закупки оборудования и создание кабинетов врачей общей практики. В последние годы было отмечено также более активное участие в проектах, связанных со строительством учреждений больничного профиля: например, в 2005 г. фонд «Доверие» инвестировал 7 млн долларов США в строительство новой больницы; то же сделала и Tokuda Corporation.

Капитальные вложения могли бы производиться владельцами медицинских учреждений с помощью займов, получаемых от Европейского банка развития и других банков, вкладывающих средства в сектор здравоохранения. Банки в основном выдают потребительские кредиты с обеспечением, составляющим до 200% стоимости кредита. Для получения кредита обычно требуются гарантии государства.

Министерство здравоохранения подготовило Национальную карту здоровья страны, в которой указано распределение объектов инфраструктуры – в частности, число учреждений амбулаторной и стационарной помощи, территориальный охват медицинских учреждений и необходимое количество специалистов с учетом потребностей населения.

В Болгарии существуют четыре основных категории медицинских учреждений: больницы, диспансеры, амбулаторные медицинские учреждения и санатории, центры скорой помощи, хосписы, учреждения предоставления медико-социальной помощи детям, санитарно-эпидемиологические инспекции и национальные и региональные центры охраны здоровья (табл. 5.2).

Стационарная помощь в Болгарии оказывается в государственных и частных медицинских учреждениях. Все больницы должны быть зарегистрированы (согласно Закону о торговых отношениях) как коммерческие компании.

Регистрация государственных больниц позволяет им получить административную и финансовую самостоятельность, необходимую для подписания договоров со страховыми компаниями, а также способствует внедрению более эффективного управления. Кроме того, такой организационно-правовой статус позволяет им работать с консультативно-диагностическими и медицинскими центрами, а также хосписами как с их дочерними фирмами. Чтобы заключить договор с НФОМС, больница должна быть аккредитована (более подробно см. раздел 4.1).

В Болгарии существует три основных вида больниц: больницы интенсивного лечения, больницы долечивания и длительного лечения, реабилитационные больницы. Больницы интенсивного лечения предназначены для оказания помощи пациентам с острыми состояниями, травмами, обострениями хронических заболеваний и состояниями, требующими хирургического вмешательства в условиях стационара, а также для пациентов по профилям охраны материнства и детства, косметической хирургии (16). Больницы могут быть многопрофильными и специализированными. Больница считается многопрофильным лечебным учреждением, если в ней производится лечение как минимум по четырем профилям, организованное в различных отделениях или в клиниках (16).

Таблица 5.2. Число коек в учреждениях здравоохранения, 2002–2005 гг.

Учреждения	2002		2003		2004		2005	
	Число	Число коек						
<b>Больницы</b>	<b>251</b>	<b>46 929</b>	<b>249</b>	<b>45 070</b>	<b>257</b>	<b>43 597</b>	<b>262</b>	<b>45 537</b>
Многопрофильные больницы	140	33 512	135	32 404	140	31 337	141	32 517
Специализированные больницы	111	13 417	114	12 666	117	12 260	121	13 020
<b>Диспансеры</b>	<b>49</b>	<b>4101</b>	<b>49</b>	<b>4101</b>	<b>46</b>	<b>4112</b>	<b>46</b>	<b>4089</b>
Пульмонологические	13	792	13	787	12	787	12	787
Кожно-венерологические	12	223	12	218	11	208	10	203
Онкологические	12	1512	12	1572	11	1593	12	1575
Психиатрические	12	1574	12	1524	12	1524	12	1524
<b>Амбулаторные медицинские учреждения</b>	<b>1423</b>	<b>381</b>	<b>1455</b>	<b>523</b>	<b>1489</b>	<b>669</b>	<b>1554</b>	<b>819</b>
Консультативно-диагностические центры	106	142	103	133	107	204	105	268
Медицинские центры	418	212	456	370	454	440	495	518
Стоматологические центры	70	2	60	2	56	4	53	4
Медико-стоматологические центры	45	25	43	18	44	21	47	29
Медико-диагностические лаборатории	783	–	793	–	828	–	854	–
<b>Санатории</b>	<b>2</b>	<b>410</b>	<b>3</b>	<b>910</b>	<b>2</b>	<b>740</b>	<b>2</b>	<b>740</b>
<b>Прочие учреждения здравоохранения</b>	<b>165</b>	<b>4206</b>	<b>163</b>	<b>4250</b>	<b>165</b>	<b>4345</b>	<b>160</b>	<b>4332</b>
Центры скорой помощи (28)	–	28	–	28	–	28	–	–
Хосписы	43	169	38	178	37	279	33	287
Учреждения предоставления медико-социальной помощи детям	32	4037	32	4072	32	4066	32	4045
Санитарно-эпидемиологические инспекции	28	–	28	–	28	–	28	–
Национальные центры, не имеющие коечного фонда	6	–	6	–	5	–	5	–
Региональные центры охраны здоровья	28	–	28	–	28	–	28	–
Диспансеры, не имеющие коечного фонда	–	–	–	–	3	–	2	–

Источник: National Statistical Institute, 2006 (2).

Больницы для долечивания и длительного лечения предназначены для пациентов с хроническими заболеваниями, пациентов, нуждающихся в долговременном уходе, а также для пациентов, страдающих психическими расстройствами.

Реабилитационные больницы предназначены для пациентов, нуждающихся в физиотерапии, моторной и психической реабилитации, в том числе в бальнеологической, климатологической и талассотерапии.

В Болгарии существует пять основных типов учреждений амбулаторной помощи: медицинские центры (МЦ), консультативно-диагностические центры (КДЦ), стоматологические центры (СЦ), медико-стоматологические центры (МСЦ) и независимые медико-диагностические лаборатории.

В медицинских центрах предоставляется специализированная амбулаторная помощь. В таких учреждениях должно работать не менее трех врачей различных специальностей под руководством опытного и квалифицированного врача. МЦ может представлять собой как индивидуальную (которую ведет врач общей практики или стоматолог), так и групповую медицинскую практику. Каждый врач должен быть зарегистрирован по месту работы (индивидуальная практика, групповая практика, лаборатория, МЦ, СЦ, КДЦ и т.п.). Врачебная практика может существовать и как физически отдельный кабинет, и как групповая практика, медицинская лаборатория или так называемая виртуальная групповая практика, когда несколько врачей объединяются, чтобы подать одну общую заявку на регистрацию врачебной практики.

КДЦ предоставляют специализированную амбулаторную помощь. В таких учреждениях должно работать не менее 10 врачей различных специальностей. В КДЦ обязательно должна быть как минимум одна медико-диагностическая лаборатория и рентгеновский кабинет. Такими центрами заведует врач, имеющий квалификацию по управлению в сфере здравоохранения медицинской информации.

СЦ оказывают специализированную амбулаторную стоматологическую помощь. В таких учреждениях должны работать не менее трех стоматологов различных специализаций. Заведует СЦ стоматолог, обладающий квалификацией надлежащего уровня.

МСЦ предоставляют специализированную амбулаторную и стоматологическую помощь. В таких учреждениях должно работать не менее трех врачей и/или стоматологов различных специализаций. МСЦ заведует квалифицированный врач или стоматолог.

В независимых медико-диагностических лабораториях должен работать хотя бы один врач или стоматолог, которому помогают другие специалисты. В таких лабораториях на специализированном оборудовании

выполняются диагностические процедуры, назначенные врачом или стоматологом. Независимой медико-диагностической лабораторией заведует врач, стоматолог или другой специалист по профилю лаборатории. Наряду с самостоятельными медико-диагностическими лабораториями существуют больничные лаборатории (деятельность которых считается элементом реализации клинического алгоритма обследования и лечения) и высокоспециализированные диагностические отделения в больницах, выполняющие аналогичные функции.

В Болгарии есть также санаторные учреждения и 60 прочих учреждений здравоохранения, среди которых: региональные службы скорой помощи, санитарно-эпидемиологические инспекции, хосписы, детские учреждения, региональные центры охраны здоровья, а также региональные центры охраны здоровья и диспансеры без коечного фонда.

Уровень развития инфраструктуры сектора значительно варьирует по регионам страны. В горных и приграничных областях, где передвижение затруднено, инфраструктура здравоохранения развита слабо; условия такой местности затрудняют реконструкцию сети стационарных учреждений и сводят на нет все благие намерения по закрытию и реструктуризации нерентабельных лечебных учреждений. Часть медицинского оборудования также считается морально устаревшим (примерно три четверти всего оборудования эксплуатируется на протяжении более чем 20 лет).

### **5.1.3. Информационные технологии**

Общий объем инвестиций в развитие информационных технологий, включая развитие информационных технологий в здравоохранении, в Болгарии увеличился. Так, в 2005 г. расходы на информационные и телекоммуникационные технологии составляли 3,77% ВВП. В 2004 г. обеспеченность персональными компьютерами (ПК) в стране составляла 59 на 1000 жителей (в 2001 г. этот показатель составлял 47 на 1000 жителей) (4). Пользование Интернетом также растет. Результаты одного из недавних исследований, проведенных Alpha Research Agency, показали, что в 2004 г. Интернетом пользовались 23% взрослого населения Болгарии (37).

Все чаще в центрах амбулаторной помощи и в больницах применяются информационные технологии. Благодаря финансовой помощи Всемирного банка каждый врач общей практики теперь имеет автоматизированное рабочее место, оснащенное ПК, все ПК выдают информацию в цифровом формате. В 2003 г. Министерство здравоохранения совместно с Министерством финансов и НФОМС подписали перспективный

план действий (так называемую дорожную карту) по введению в рамках отчетности больниц системы клинико-статистических групп (КСГ). При поддержке Американского агентства по международному развитию и компании 3M Health Information Systems в рамках этого плана был разработан и реализован пилотный проект, охвативший 43 больницы страны. 2004 г. был уже вторым годом сбора данных, необходимых для вычисления относительных весовых коэффициентов. Национальный центр медицинской информатики также работает сейчас над проектом введения единых информационных стандартов в системе здравоохранения, в соответствии с которыми в 2004–2005 гг. все региональные центры охраны здоровья были оснащены современным оборудованием для внедрения новых информационных технологий.

В настоящее время в Болгарии разрабатывается и внедряется система медицинских пластиковых карт. Внедрение этой системы будет способствовать оптимизации сектора здравоохранения, более эффективному взаимодействию медицинских учреждений, более безопасному, гибкому и прозрачному обмену информацией, стандартизации работы и услуг, а также создаст возможность лучшего взаимодействия с системами здравоохранения других европейских стран. На момент написания данного обзора точных сведений о дате запуска этой системы не было.

#### **5.1.4. Медицинское оборудование, приборы и аппараты**

В Болгарии отсутствует механизм оценки технологий и контроля внедрения новых технологий в секторе здравоохранения. В настоящее время решение о закупках нового оборудования отдается на усмотрение муниципалитетов и других собственников медицинских учреждений.

#### **5.1.5. Лекарственные средства**

Ответственность за регистрацию и лицензирование лекарственных препаратов, а также за надзор за их качеством, эффективностью и безопасностью несет Исполнительное агентство по лекарствам (ИАЛ). ИАЛ было создано в 2000 г. в соответствии с изменениями и дополнениями к Закону 1995 г. о лекарственных средствах и деятельности предприятий фармацевтической отрасли. Согласно поправкам к Закону, внесенным в конце 2002 г., высшей инстанцией по выдаче разрешений на допуск на рынок лекарственных препаратов является директор ИАЛ.

ИАЛ регулирует проведение клинических испытаний и всю рекламную деятельность в СМИ, имеющую отношение к фармацевтической

продукции. Если разрешение на рекламу препарата получено, то препараты, отпускаемые без рецепта, можно рекламировать во всех СМИ. Реклама препаратов, отпускаемых по рецепту, разрешена только в том случае, если она адресована работникам здравоохранения. В рекламе, помимо всего прочего, должны присутствовать фирменное наименование препарата и информация о его надлежащем применении и побочных эффектах.

Специальная комиссия по лекарственным средствам при Министерстве здравоохранения отвечает за определение официальной классификации лекарственных средств. Фармацевтические препараты подразделяются на отпускаемые без рецепта и отпускаемые по рецепту. В 2003 г. в Болгарии были получены разрешения на 63 новых лекарственных препарата, из которых 79% относились к лекарствам, отпускаемым по рецепту, и 21% – к лекарствам, отпускаемым без рецепта (38). Министерство здравоохранения несет ответственность за соблюдение требований, касающихся упаковки и маркировки лекарств, а ИАЛ – за утверждение инструкций по применению, которые вкладываются в упаковку, а также за содержание информации, указываемой на упаковке (сведения об утилизации, содержание радиоактивных веществ, наклейка НФОМС). С середины 1990-х годов фармацевтический рынок Болгарии испытывает значительные трудности, связанные с процессом гармонизации требований, предъявляемых к лекарственным препаратам, с нормами ЕС.

С введением НДС на лекарства и в целях соблюдения стандартов, содержащихся в Правилах организации производства и контроля качества лекарственных средств, определенных ЕС и ВОЗ, болгарским фармацевтическим компаниям пришлось произвести значительные финансовые вложения. Вступили в силу дополнительные правила, касающиеся защиты прав интеллектуальной собственности в фармацевтической промышленности. После введения патентных прав последовала Директива 2001/83/ЕС Европейского Совета о Кодексе сообщества в отношении медикаментов. Этот кодекс содержит положение о том, что информация о результатах доклинических и клинических испытаний лекарственного препарата не может использоваться компаниями, не являющимися собственниками данного препарата, без разрешения его собственника. Такая информация становится достоянием гласности через шесть лет после регистрации препарата. В связи с данными требованиями болгарские производители, которые в основном занимаются выпуском дженериков, могут зарегистрировать свою продукцию только с задержкой в несколько лет, что приводит к потере доли рынка (18). Вместе с тем благодаря этим новым правилам процесс регистрации новых дженериков сократится до двух лет. На момент написания данно-

го обзора на регистрацию лекарственного препарата уходило примерно три года.

Частные аптеки должны получать лицензию Совета по фармации, действующего при Министерстве здравоохранения. Лицензии выдаются только в том случае, если заведующим аптекой является дипломированный фармацевт. Но при этом в стране действует несколько частных аптечных сетей, принадлежащих акционерным обществам, включающим фармацевтические производства и предприятия оптовой торговли лекарствами, что противоречит законам Болгарии.

### **Ценообразование**

Комитет по ценам на лекарства при Министерстве здравоохранения несет ответственность за установление цен на лекарственные средства, в том числе на медикаменты для использования в больницах, дженерики, препараты, отпускаемые без рецепта, лекарства, затраты на приобретение которых возмещаются и не возмещаются.

Министерство здравоохранения напрямую работает с фармацевтическими компаниями и их представителями по вопросам установления максимальных отпускных цен на лекарства. Иностранные производители должны обосновывать свои цены, представив в Комитет по ценам соответствующие доказательства. Ежегодно в официальном печатном органе Болгарии – «Государственной газете» – публикуются отпускные цены на лекарства и максимально допустимые розничные цены на отдельные препараты.

Все лекарства делятся на три ценовых категории, к каждой из которых применяются различные уровни контроля ценообразования. В первую категорию попадают препараты, цены на которые могут меняться без согласования с Комитетом по ценам на лекарства. Ко второй категории относятся препараты, изменение цен на которые подлежит одобрению Комитета по ценам на лекарства. К третьей категории относятся лекарства, цены на которые не могут быть выше розничных цен, установленных в девяти европейских странах (Австрия, Венгрия, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Испания, Чешская Республика и Российская Федерация) с учетом применения определенных процентных коэффициентов, зависящих от группы, к которой относится препарат. К препаратам третьей категории относятся все лекарства, затраты на которые полностью или частично возмещаются НФОМС.

В зависимости от цены препарата устанавливается торговая надбавка к его оптовой цене в размере 10%, 9% или 7%. Если цена препарата не превышает 7 левов, то обязательная торговая надбавка составляет 10%

(категория А). Если цена находится в диапазоне от 7 до 30 левов, то надбавка составляет 9% (категория В), а если цена препарата превышает 30 левов, то надбавка равняется 7% (категория С) (34).

Розничная наценка зависит от ценовой категории препарата (например, если цена производителя высока, то розничная наценка будет меньше, так как розничные цены не могут превышать установленного порогового уровня). Розничная наценка тоже зависит от ценовой категории, точно так же, как и торговая надбавка от оптовой цены. К препаратам категории А применяется надбавка в размере 28% от минимальной установленной цены производителя; к препаратам категории В – в размере 25%, категории С – 20%, но при этом размер надбавки не может превышать 30 левов на каждый препарат. Максимальная устанавливаемая розничная цена препарата включает НДС (39).

### **Возмещение затрат**

В 2004 г. Министерством здравоохранения был введен Утвержденный перечень лекарственных средств (УПЛС), куда были включены препараты, затраты на приобретение которых возмещает НФОМС. В УПЛС препараты разбиты на группы в соответствии с кодами АТК (анатомо-терапевтическо-химической классификации). Эти препараты предназначены для лечения социально значимых болезней и выбраны на основании эффективности, безопасности и фармакоэкономических показателей препаратов. В УПЛС включаются препараты для лечения основных социально значимых болезней – таких как рак, сердечно-сосудистые заболевания, неврологические нарушения, психиатрические заболевания, нарушения обмена веществ, аллергии и болезни органов дыхания. Комитет по УПЛС Министерства здравоохранения включает в этот перечень только те лекарства, которые не имеют более дешевых и достаточно хороших эквивалентов. УПЛС и все соответствующие правила о возмещении затрат на лекарства нацелены на снижение доли оригинальных новых препаратов в случаях, когда возможна их замена на дженерики и гарантированное возмещение затрат из государственных фондов.

В УПЛС на 2005 г. было включено в общей сложности 2813 торговых наименований лекарств и 771 международное непатентованное наименование (МНН). Для сравнения, в УПЛС на 2004 г. было включено 2477 торговых наименований и 667 МНН. УПЛС включает как МНН, так и торговые наименования по лекарственным формам. Все препараты с идентичными МНН считаются одинаково эффективными, отличаясь друг от друга только по цене. В отношении лекарственных средств,

содержащих разные действующие вещества, проводятся сравнительные исследования эффективности затрат. УПЛС включает два основных списка лекарственных средств (часть А и часть В):

- часть А включает только МНН препаратов, плюс данные о дозировке, лекарственной форме, концентрации и фармакотерапевтических и экономических преимуществах по сравнению с аналогичными препаратами;
- часть В включает все наименования препаратов, содержащих действующие вещества препаратов из части А, а также данные о владельцах разрешений на продажу этих препаратов на рынке.

На основании этих данных министр здравоохранения указывает в соответствующем постановлении перечень болезней, препараты для амбулаторного лечения которых должны полностью или частично оплачиваться НФОМС и другими источниками финансирования. Фармацевтический препарат может быть включен в перечень НФОМС только после того, как он был включен в УПЛС. Изменения в перечень оплачиваемых НФОМС лекарственных средств вносятся ежемесячно.

Затраты на лекарства, включенные в перечень НФОМС, возмещаются исходя из базовых цен, основанных на максимальной стоимости единицы активной субстанции. Эта стоимость зависит от МНН препарата и его лекарственной формы и рассчитывается как наименьшая из двух следующих величин – стоимость единицы активной субстанции, определенная в предыдущем Национальном рамочном договоре, и/или среднее арифметическое значение стоимости единицы активной субстанции, покрываемых по системе государственного медицинского страхования следующих стран: Греция, Венгрия, Латвия, Польша, Румыния, Словакия, Словения и Чешская Республика (39). Максимальная стоимость единицы активной субстанции представляет собой базовую цену всех препаратов, принадлежащих к одной группе. Базовая стоимость каждого препарата не может превышать ограниченного бюджета НФОМС, выделяемого на оплату лекарственных средств.

Решение о том, будет ли НФОМС полностью или частично возмещать затраты на тот или иной препарат, основывается на классификационной категории этого препарата в списке НФОМС (одна из трех возможных категорий). К первой категории относятся лекарства для лечения болезней с низким уровнем заболеваемости и болезненности, но приводящих к высокой смертности и инвалидности. Вторая категория включает препараты для лечения болезней с высоким уровнем заболеваемости и имеющим хронический характер. К третьей категории относятся лекарства для лечения болезней, не включенных в первые две категории. НФОМС

возмещает до 100% стоимости лекарств, относящихся к первым двум категориям, и до 75% стоимости лекарств из третьей категории (39).

На основании списка лекарственных средств, затраты на которые возмещаются НФОМС, НФОМС разрабатывает критерии, касающиеся поставок медикаментов, и методику их оплаты. Прежде чем НФОМС вступит в переговоры с производителями и/или оптовыми торговцами лекарственных средств, должны быть соблюдены следующие критерии: 1) лекарственное средство должно быть включено в УПЛС (либо в часть А, либо в часть В); 2) МНН лекарственного средства должно быть включено в УПЛС как минимум трех стран из следующего списка: Греция, Венгрия, Латвия, Польша, Румыния, Словакия, Словения и Чешская Республика; 3) лекарственная форма и показания лекарственного средства должны соответствовать списку болезней, по которым НФОМС возмещает затраты на лекарства; 4) форма отпуска и доза лекарственного средства должны быть предназначены для лечения в домашних условиях.

НФОМС и другие государственные источники финансирования покрывают примерно 60% расходов фармацевтического рынка, а пациенты – остальные 40% за счет собственных средств.

## 5.2. Трудовые ресурсы

### 5.2.1. Медицинские кадры: основные тенденции

В табл. 5.3. приведена структура и динамика трудовых ресурсов в здравоохранении. Численность медицинских кадров в системе здравоохранения Болгарии более или менее достаточная, и специалистов с высшим образованием становится все больше. Вместе с тем можно отметить некоторые диспропорции в обеспеченности населения работниками здравоохранения различных специальностей (см. табл. 5.3). Так, по европейским стандартам, число врачей общей практики, медсестер и фармацевтов на 100 000 населения в Болгарии невелико, при этом число стоматологов на 100 000 населения является одним из самых высоких в Европе (см. рис. 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 и 5.8).

Как видно из табл. 5.3, врачей общей практики на 100 000 населения по-прежнему значительно меньше, чем врачей-специалистов, несмотря на создание новых учебных программ в области семейной медицины. Начиная с 1980-х годов число врачей общей практики постепенно возрастало, что, вероятно, было связано с увеличением

числа выпускников медицинских вузов и ожиданиями более высокого уровня доходов, который обещали реформы здравоохранения. Однако, как видно из табл. 5.3 и рис. 5.2, в 1996–2001 гг. этот рост прекратился. Это обусловлено недофинансированием врачей общей практики, обязанности которых возросли по сравнению с районными врачами-терапевтами, работающими в поликлиниках, что привело к недовольству врачей и поведению, дискредитирующему их статус (39). Кроме того, в начале 1990-х годов были введены некоторые ограничения, касающиеся численности приема студентов медицинских специальностей, что в течение нескольких лет сказывалось на численности врачей общей практики.

**Таблица 5.3. Медицинский персонал на 100 000 населения, 1980–2004 гг.**

	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Врачи	245,96	286,47	316,96	345,81	336,91	352,43
Врачи общей практики (ФЛ)	45,93	64,55	75,71	80,41	66,72	68,90
Стоматологи (ФЛ)	54,61	64,13	67,95	65,20	82,96	83,42
Фармацевты (ФЛ)	41,17	46,98	48,56	22,39	12,48	–
Медсестры (ФЛ)	512,88	567,09	598,50	07,12	385,29	382,58
Акушерки (ФЛ)	89,12	87,33	83,91	79,13	50,56	43,91
Врачи-выпускники	15,32	16,58	–	–	–	–
Медсестры-выпускники	54,78	13,47	–	–	–	–
Акушерки-выпускники	–	1,40	–	–	–	–
Фармацевты-выпускники	–	1,55	–	–	–	–
Стоматологи-выпускники	–	2,58	–	–	–	–

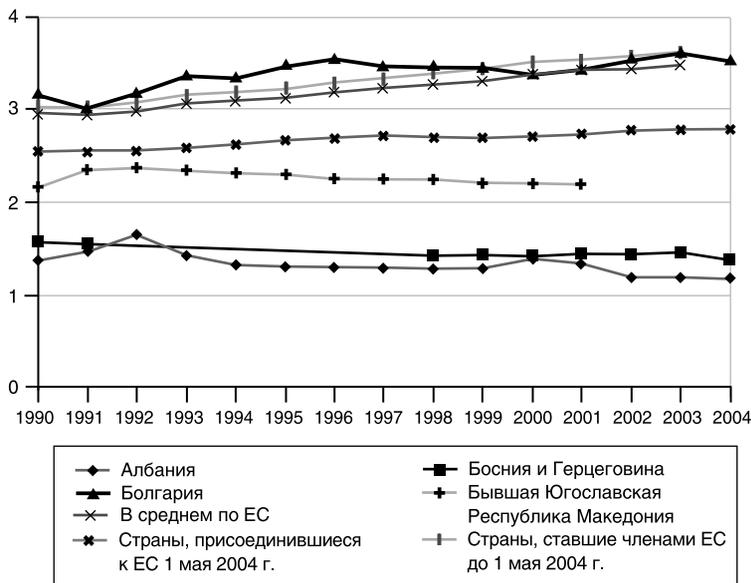
Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

Примечание: ФЛ – физические лица.

Такая же тенденция характерна и в отношении медсестер, число которых в период реформ до 1996 года увеличивалось, а затем стало резко снижаться вплоть до 2002 г. По сравнению с 1993 г., когда их число было наибольшим (614,21 на 100 000 населения), в 2002 г. оно упало почти вдвое, сократившись до 362,29 на 100 000 населения (см. рис. 5.3). В связи с непрестижностью этой профессии в Болгарии и низким уровнем заработной платы большинство медсестер стало искать работу за границей. В 2004 г. число медсестер в Болгарии было таким же низким, как в Румынии (в Румынии обеспеченность медсестрами составляла 400,64 на 100 000 населения, в Болгарии – 382,58 на 100 000 населения), что было ниже среднего показателя по странам ЕС-10 и более чем вдвое ниже среднего показателя по ЕС (см. рис. 5.3).

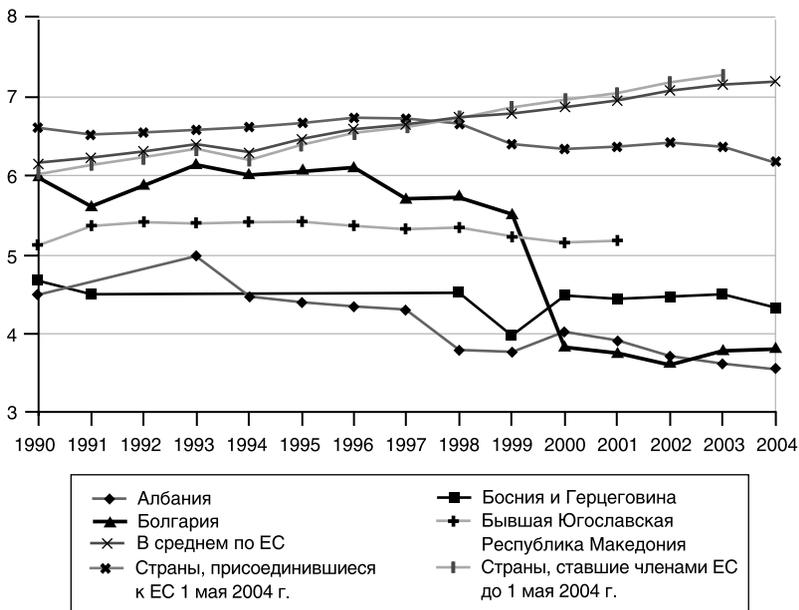
Как видно из рис. 5.4., в 2004 г. в Болгарии число врачей общей практики на 1000 населения соответствовало среднему уровню по странам

**Рис. 5.2. Число врачей общей практики на 1000 населения в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2004 гг.**



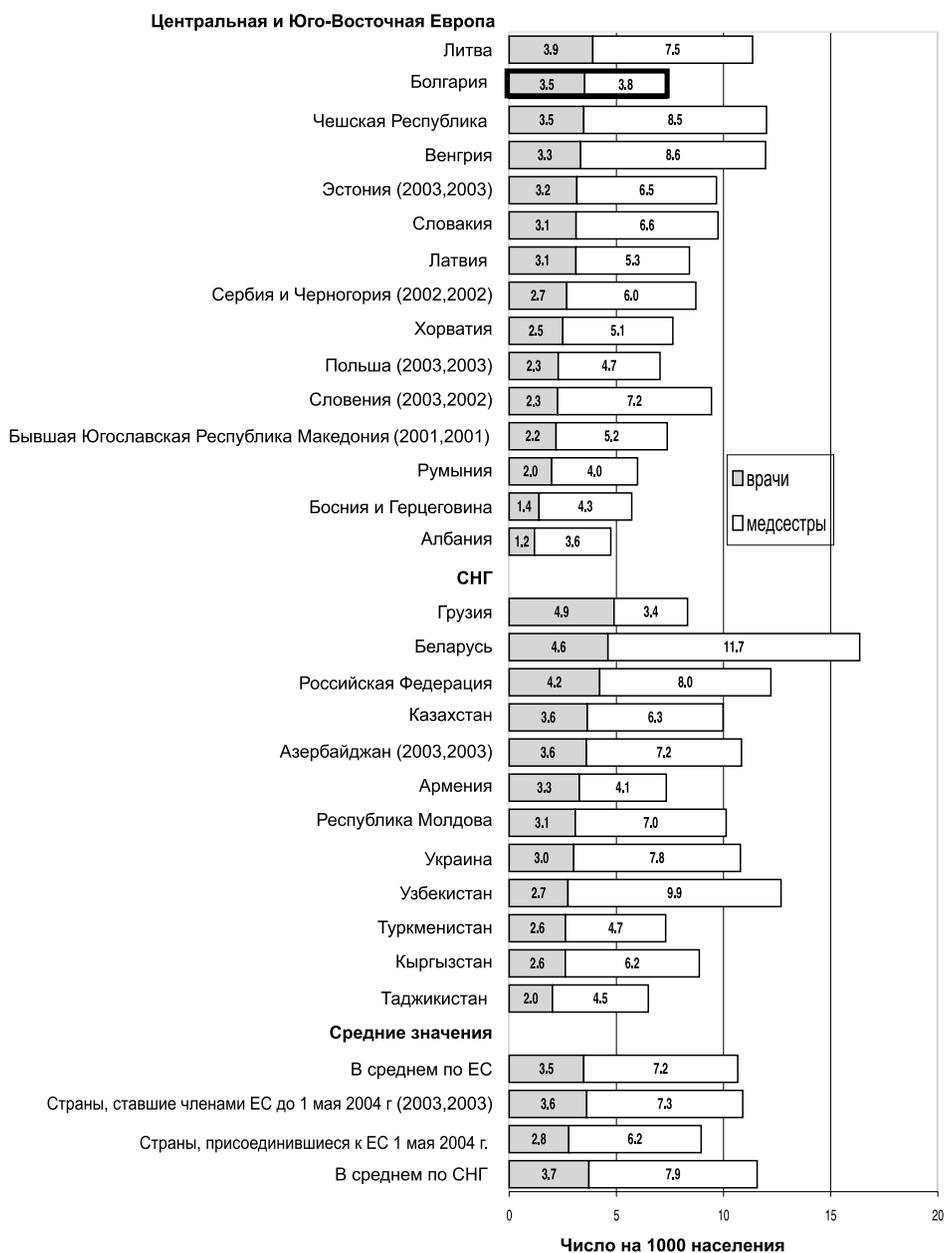
Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

**Рис. 5.3. Число медсестер на 1000 населения в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2004 гг.**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

**Рис. 5.4. Число врачей и медсестер на 1000 населения в странах Центральной и Юго-Восточной Европы и СНГ в 2004 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

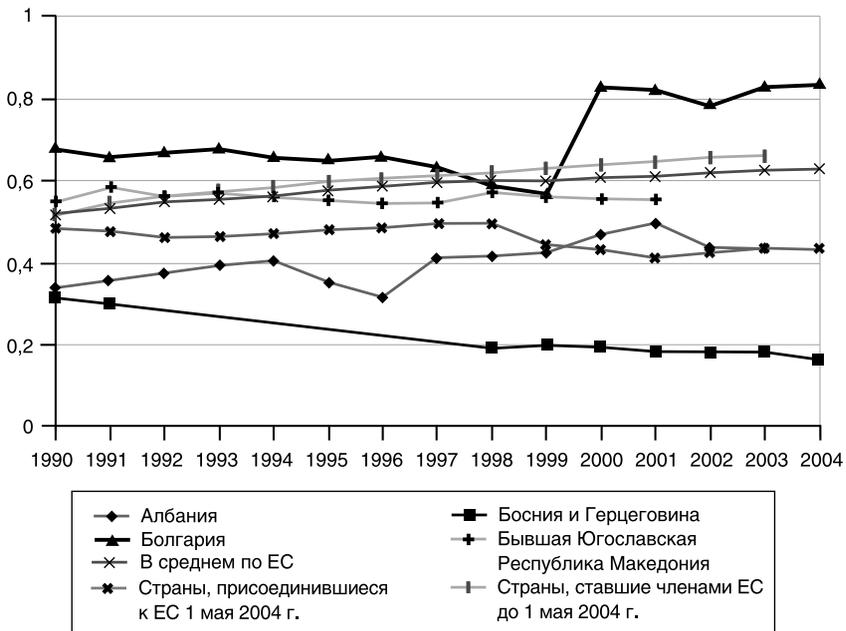
Примечания: СНГ – Содружество независимых государств, ЕС – Европейский Союз.

Европейского региона ВОЗ, однако число медсестер было одним из самых низких в регионе.

Болгария была и остается страной с самой высокой в Европе обеспеченностью населения стоматологами. Их число постепенно росло в течение нескольких десятилетий и в 2004 г. достигло своего максимума: 83,42 на 10 000 населения. В 1996–1999 гг. наблюдался некоторый спад (см. рис. 5.5). На рис. 5.5 показано, что в 2004 г. обеспеченность стоматологами в Болгарии вдвое превышала средний показатель по ЕС-10 (43,19 на 100 000 населения) и была на 25% выше, чем в среднем по ЕС (62,64 на 100 000 населения) (10). Столь большое число стоматологов в стране объясняется тем, что в 1970-х и 1980-х годах появилось очень много различных курсов по подготовке этих специалистов, а также тем, что в 1990-е годы доходы стоматологов возросли, а ценовое регулирование в отношении стоматологических услуг отсутствовало (более подробно см. раздел 6.12).

До 1990 г. число фармацевтов постепенно увеличивалось, достигнув среднего показателя по ЕС-10. Однако потом эта тенденция радикально

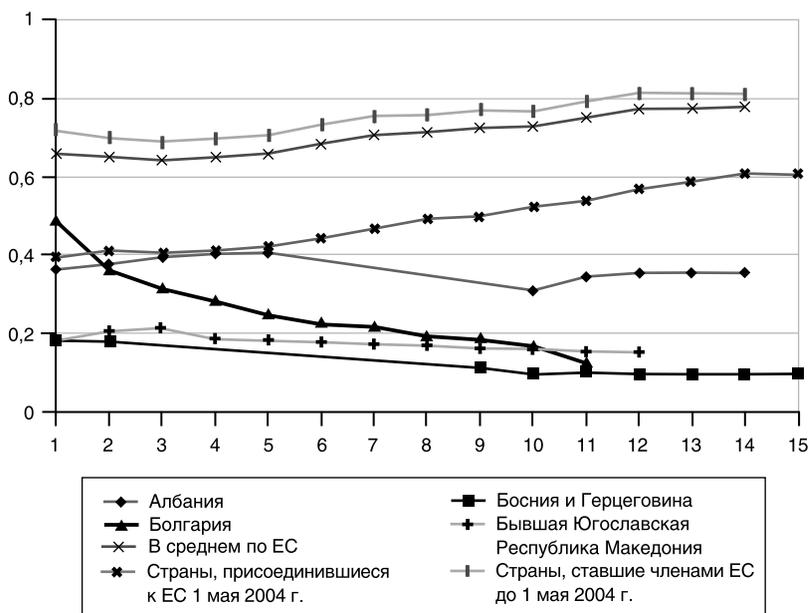
Рис. 5.5. Число стоматологов на 1000 населения в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2004 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

изменилась. Если в 1990 г. обеспеченность фармацевтами составляла 48,5 на 10 000 населения, то в 2000 г. этот показатель упал до 12,4 на 10 000 населения, в результате чего Болгария попала в число стран с наименьшей в ЕС обеспеченностью фармацевтами (средние показатели по ЕС см. рис. 5.6). Частично это объясняется тем, что довольно большая

**Рис. 5.6.** Число фармацевтов на 1000 населения в Болгарии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2004 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

доля специалистов этой профессии работает в частных иностранных фармацевтических компаниях, где заработки выше. Ожидается, что с созданием факультета фармацевтики в университете Пловдива число фармацевтов в стране увеличится.

## 5.2.2. Планирование медицинских кадров

Ответственность за планирование медицинских кадров несет Высший медицинский совет (ВМС), который является консультативным органом Министерства здравоохранения. ВМС предоставляет сведения в Министерство образования и науки, которое отвечает за планирование

обучения студентов высших учебных заведений и последипломную подготовку специалистов, а также планирование финансовых ресурсов для студентов университетов. Однако в Болгарии нет четких критериев планирования персонала, что и привело к существующей тенденции в области специализации медицинских кадров. В рамках проекта Американского агентства по международному развитию в 2003–2004 гг. Министерство здравоохранения выступило с предложением о создании системы сбора и анализа информации и планирования медицинских кадров на национальном и региональном уровнях. После принятия Закона о здравоохранении 2004 г. и в связи с требованиями, касающимися вступления Болгарии в ЕС, Министерство здравоохранения начинает разработку и ведение единого регистра медицинских кадров, профессиональных организаций и медицинских университетов в целях создания системы непрерывного медицинского образования для работников здравоохранения.

### **5.2.3. Подготовка медицинских кадров**

Врачей готовят в пяти медицинских университетах, располагающихся в Пловдиве, в Софии и в Варне, и в высших медицинских институтах в городах Плевен и Стара Загора, которые сначала входили в Национальную медицинскую академию, но с 1991 г. работают самостоятельно под эгидой Министерства здравоохранения и Министерства образования и науки.

В Медицинском университете Софии четыре факультета: медицины, стоматологии, фармации и общественного здравоохранения. В пловдивском Медицинском университете два факультета: медицины и стоматологии. В Медицинском университете Варны тоже два факультета: медицины и общественного здравоохранения. В высших медицинских институтах Плевена и Стара Загора есть только факультеты медицины. Преддипломное обучение врачей длится шесть лет и включает пятилетнюю теоретическую подготовку и один год практики; в течение последнего года студенты сдают пять государственных экзаменов. Учебный план недавно был пересмотрен и в него был включен 90-часовой курс по семейной медицине. После ординатуры и последипломной подготовки врачи регистрируются в Министерстве здравоохранения и получают в Центре последипломной подготовки при Медицинском университете Софии лицензию на медицинскую практику по своей специальности. ВМС Болгарии разработал новый учебный план для последипломной специализации, обучение по которому проводится в утвержденной Министерством здравоохранения больнице.

В Болгарии проводится обучение по 16 основным медицинским специальностям. Продолжительность курса обучения по каждой из них составляет в среднем от трех до четырех лет, в зависимости от специальности и места прохождения стажировки. Каждый университет несет ответственность за прием и организацию специализации студентов, но прежде чем получить разрешение на медицинскую практику по своей специальности, все стажеры обязаны сдать в Софии последний стандартизованный экзамен.

Врачи продолжают свое обучение в рамках последиplomной подготовки или непрерывного медицинского образования и повышения квалификации в соответствии с Правилами о послевузовском образовании. Курсы последиplomной подготовки организуются Министерством здравоохранения и Болгарской медицинской ассоциацией, а обучение проводят специалисты из различных НИИ и медицинских университетов. В процессе обучения для оценки подготовки специалиста-медика применяется система зачетов. Однако эта система требует доработки и усовершенствования критериев оценки.

На стоматологических факультетах медицинских университетов Пловдива и Софии есть пятилетние магистерские программы. Стоматологи могут продолжить образование в медицинских университетах и через Союз стоматологов Болгарии. Соответствующие критерии и профессиональные стандарты разрабатывает ВМС.

Работники парамедицинских специальностей (медсестры, акушерки, лаборанты, рентгенологи, физиотерапевты и т.п.) получают образование в 14 медицинских колледжах страны. Программы их подготовки и учебные планы были пересмотрены в процессе реализации финансируемого ЕС проекта ФАРЕ по развитию системы парамедицинского образования в Болгарии, который проводился в сотрудничестве со специалистами из Франции и Бельгии. В рамках того же проекта была разработана программа «Бакалавр в области управления здравоохранением» для медсестер и парамедицинского персонала. Обучение по этой программе проводится в трех университетских центрах: в Софии с 1995 г., в Плевене с 1996 г. и в Пловдиве с 1997 г.

Признание медсестринского дела отдельной самостоятельной профессией для Болгарии было внове. Лишь совсем недавно медсестрам была предоставлена возможность получить высшее образование. Получившие степень бакалавра в области медсестринского дела могут затем пройти соответствующий курс обучения и получить степень магистра. Через Ассоциацию медсестер можно организовать и последиplomную подготовку, но она не является обязательной.

Фармацевтов готовят в медицинском университете Софии на факультете фармации. Продолжительность курса обучения составляет пять лет, и оно организовано по трехуровневой системе. На первом уровне студентам даются фундаментальные знания по данной специальности. Второй уровень ориентирован на специальные знания и навыки в области фармации. Студенты могут специализироваться по общей фармации или по промышленной фармации; выбор специализации происходит по окончании шестого семестра. Третий уровень преподается в десятом семестре в аптеках и аптечных магазинах, фармацевтических фирмах и/или лабораториях по контролю лекарственных средств, которые создаются как учебные центры. Обучение заканчивается после успешной сдачи государственных экзаменов или защиты магистерской диссертации. Выпускники по специальности «Фармация» получают степень магистра и по закону имеют право работать фармацевтами.

В стране существует официальная программа последипломного образования в области информатики и управления здравоохранением — это одна из медицинских специализаций, подготовку по которой предлагается пройти руководителям и директорам медицинских учреждений перед назначением на эти должности.

#### **5.2.4. Регистрация и лицензирование**

По окончании обучения работники здравоохранения по закону обязаны вступить в соответствующую профессиональную организацию. Регистрация медицинских работников производится в региональных центрах охраны здоровья Министерства здравоохранения.

#### **5.2.5. Возможности развития карьеры врачей**

По окончании обучения у врачей есть несколько возможных путей развития своей карьеры:

- начать работать врачом общей практики и специализироваться по общей практике;
- начать курс обучения по одной из специальностей в соответствии с постановлением о специализированных курсах последипломной подготовки, по схеме, оплачиваемой либо государством, либо самостоятельно. Став специалистом, врач может начать работать в медицинском учреждении. Пройдя по конкурсу на замещение вакантной должности в каком-либо из медицинских университетов, он может стать доцентом в соответствующем медицинском учебном заведении;

- пройдя по конкурсу в соответствии с Законом о гражданских служащих, врач может работать в центральных или местных административных органах;
- работать в фармацевтическом секторе, став медицинским представителем соответствующей компании;
- подать заявление о продолжении последиplomного образования в каком-либо из университетов Европы или США.

Перспективы в области планирования кадров связаны прежде всего с такими аспектами, как развитие административного потенциала, обеспечение соответствия профессиональной подготовки национальным требованиям в области трудовых ресурсов, повышение квалификации медицинских работников, создание условий для обмена опытом и по возможности использование единой регулярно обновляемой базы данных.

## 6. Предоставление медицинских услуг

### 6.1. Общественное здравоохранение

**В** Болгарии деятельность в области контроля и охраны общественного здоровья осуществляется централизованно на государственном уровне и регулируется Министерством здравоохранения. Координатором и главным методическим органом в области санитарно-эпидемиологического надзора в системе Министерства здравоохранения и так называемой параллельной системе (медицинских учреждениях, подчиненных министерствам обороны, внутренних дел, транспорта и юстиции), является Главный государственный санитарный врач Министерства здравоохранения.

Сеть из 28 региональных инспекций здравоохранения (РИЗ) охватывает всю территорию страны. Это централизованно управляемая, хорошо структурированная система, финансируемая Министерством здравоохранения. Кроме того, в деятельности по контролю и охране общественного здоровья участвуют также три национальных центра Министерства здравоохранения, обязанности и функции которых регулируются Законом о здравоохранении 2004 г.: Национальный центр по охране общественного здоровья, Национальный центр инфекционных и паразитарных болезней и Национальный совет по борьбе со злоупотреблениями наркотиками. В эту же систему входит и Национальный центр радиобиологии и радиационной защиты (см. рис. 6.1).

Основными функциями общественного здравоохранения являются:

- государственный санитарный контроль (общественные здания и сооружения, продукты питания, питьевая вода);
- санитарно-эпидемиологический контроль, в том числе мониторинг инфекционных и паразитарных болезней;

Рис. 6.1 Организационная структура системы общественного здравоохранения



- комплексная профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения;
- лабораторное исследование экологических факторов и оценка их влияния на население;
- проверка уровней шума в городских зонах и общественных зданиях и сооружениях;
- радиологическая и радиационная защита;
- предоставление государственным, муниципальным и другим органам консультаций и экспертиз по вопросам охраны общественного здоровья;
- разработка и реализация национальных и региональных программ в области охраны общественного здоровья;
- обеспечение последипломной подготовки кадров в области охраны общественного здоровья для работников различных ведомств и НПО.

РИЗ, будучи относительно самостоятельными и в то же время централизованными органами, применяют в своей работе многосекторный и многоуровневый подход, развивая действенное сотрудничество с организациями из других секторов на национальном, региональном и муни-

ципальном уровнях. Например, РИЗ тесно сотрудничают с Министерством окружающей среды и водных ресурсов и его местными органами, региональными инспекциями по охране окружающей среды и экологическим вопросам, Министерством регионального развития и благоустройства, Министерством труда и социальной политики, Министерством по делам молодежи и спорта, Министерством образования и науки, Министерством сельского хозяйства, Министерством внутренних дел, Государственным агентством по защите ребенка, а также муниципальными советами и местными администрациями. Сеть учреждений по санитарно-эпидемиологическому надзору включает также различные неправительственные организации, такие, как Ассоциация планирования семьи, АнтиСПИД, Болгарская ассоциация по охране здоровья школьников, организации цыганских общин и другие НПО.

В национальной стратегии укрепления здоровья населения основное внимание уделяется программам скрининга, включающим регулярные медицинские осмотры детей и учащихся в возрасте до 18 лет и взрослых старше 65 лет, которые проводятся силами врачей общей практики и школьными врачами. Программы скрининга обычно проводятся в диспансерах, которые являются вертикально интегрированными, в соответствии с категориями заболеваний (кожно-венерологические, психиатрические, онкологические и пульмонологические).

Для детей и молодежи в возрасте до 18 лет, а также для представителей групп высокого риска иммунизация является обязательной и проводится в рамках национальных программ иммунизации («Национальный календарь иммунизации»), финансируемых государством и реализуемых врачами общей практики или школьными врачами (более подробно см. раздел 1.5).

## **6.2. Маршрут пациента в системе здравоохранения**

Каждый клинический алгоритм обследования и лечения представляет собой ряд специальных, заранее определенных мероприятий (диагностика, госпитализация, скорая помощь, хирургическое вмешательство, восстановительное лечение и т.п.), определяющих последовательность лечения пациентов в медицинском учреждении в целях обеспечения их целесообразного, эффективного и действенного лечения. Все эти мероприятия организованы в определенной временной последовательности и

выполняются силами соответствующего медицинского персонала – врачей, медсестер, лаборантов, психологов и других специалистов (33).

Клинические алгоритмы были введены в 2001 г. как элемент Национального рамочного договора и принцип оплаты больницам за их услуги со стороны НФОМС. Больницы, заключившие договор с НФОМС, могут получать оплату за лечение любого лица, получившего лечение в соответствии с клиническим алгоритмом, и за предоставленные медицинские и диагностические услуги, оказанные в рамках клинических алгоритмов. Оплата производится на основе единой ставки за клинический протокол. Согласно национальным данным, в 2001 г. 158 заболеваний были сгруппированы в 30 клинических алгоритмов обследования и лечения. Количество клинических алгоритмов в 2002 г. увеличилось до 40, в 2005 г. – до 120, и они охватывали уже 1500 заболеваний (40). Более подробная информация о возмещении больницам затрат на их услуги в соответствии с клиническими алгоритмами обследования и лечения содержится в пункте 3.6.1.

Клинические алгоритмы обследования и лечения были разработаны и внедрены в Болгарии в целях содействия надлежащему ведению пациентов, рациональному управлению и использованию ресурсов, организации клинического аудита и финансового менеджмента, а также обеспечения большей целостности и непрерывности медицинской помощи, оказываемой специалистами различных специальностей в разных секторах здравоохранения. На рис. 6.2 представлен пример клинического алгоритма обследования и лечения пациента с язвой желудка. Ниже эта схема рассмотрена более подробно.

- Прием у врача общей практики по инициативе пациента или самого врача и получение рекомендаций по проведению диагностических исследований.
- Посещение диагностической лаборатории для проведения плана диагностических исследований. Результаты исследований, как правило, передаются врачу общей практики.
- В зависимости от результатов диагностических исследований могут быть предприняты следующие действия: а) врач общей практики назначает дополнительные исследования; б) если необходимо, врач общей практики направляет пациента на консультацию к специалисту; или в) врач общей практики дает пациенту направление на госпитализацию.
- Консультацию специалиста можно получить в КДЦ, в МЦ, в отделении специализированной амбулаторной помощи и/или в диспансере (если пациенту выдали туда направление, то в онкологическом

**Рис. 6.2. Клинический алгоритм обследования и лечения пациента, страдающего язвой желудка**

<b>Предварительный диагноз</b> ↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прием у врача общей практики</li> <li>• Оценка симптомов</li> <li>• Лабораторные анализы</li> </ul>
<b>Постановка диагноза</b> ↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дополнительные лабораторные анализы</li> <li>• Направление на консультацию к врачу-специалисту или на госпитализацию</li> </ul>
<b>План лечения</b> ↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Принятие решения о методе лечения, с учетом факторов риска и тяжести заболевания: хирургическое или консервативное лечение</li> </ul>
<b>Лечение</b> ↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставление лечения</li> <li>• Решение о переводе в то же или в другое отделение и/или в другое медицинское учреждение</li> <li>• Подготовка медицинского заключения</li> </ul>
<b>Долечивание</b> ↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первичная реабилитация</li> <li>• Принятие решения о следующих шагах: выписка из стационара и/или продолжение лечения</li> </ul>
<b>Реабилитация</b> ↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжение реабилитации и лечения под наблюдением врача общей практики</li> <li>• Информирование родственников и членов семьи о потребностях пациента после реабилитации</li> </ul>

диспансере), в течение нескольких дней после выдачи направления. Специалист может дать пациенту направление на госпитализацию.

- В стационар нужно обратиться в течение нескольких дней после получения направления на госпитализацию. В данном случае это зависит от диагноза и состояния пациента. В стационаре пациенту предоставляется терапевтическое или хирургическое лечение; в случае необходимости пациента могут во время курса лечения перевести в другое отделение или в другое медицинское учреждение.
- После прохождения курса лечения и первичной реабилитации: а) если необходимо, пациент может быть госпитализирован для длительного лечения и реабилитации, или б) пациент может быть выписан из больницы для продолжения лечения и реабилитации под наблюдением врача общей практики. В любом случае составляется медицинское заключение, в котором должны быть описаны лечение и реабилитация, которые получил пациент, и рекомендации, касающиеся схемы лечения и продолжения терапии. Родственников пациента ставят в известность о его потребностях после выписки из стационара.

- Домашнее лечение проводится под наблюдением врача общей практики или медсестры из его диспансера.

Использование системы клинических алгоритмов для системы здравоохранения в целом и для каждой отдельной больницы в частности направлено на: введение доказательной медицины, поддержку клинической эффективности, управление рисками и клинический аудит, оптимизацию управления ресурсами, улучшение междисциплинарных взаимосвязей, командную работу и планирование лечения, а также на ожидаемое сокращение затрат путем сокращения длительности пребывания в стационаре. Вместе с тем клинические алгоритмы не способствуют индивидуальному подходу к лечению и не достаточно хорошо приспособлены к непредвиденным изменениям в состоянии пациента, так как ориентированы прежде всего именно на стандартные ситуации.

### **6.3. Первичная/амбулаторная медицинская помощь**

Законодательство 1998–1999 гг. (Закон о медицинском страховании, Закон о профессиональных организациях врачей и стоматологов, Закон об учреждениях здравоохранения) регулирует предоставление медицинской помощи на всех уровнях. К вновь созданным видам медицинских учреждений по оказанию ПМСП и амбулаторной помощи относятся:

- индивидуальные и групповые врачебные практики по оказанию ПМСП; их число указано в Национальной карте здоровья;
- индивидуальные и групповые врачебные практики по оказанию специализированной медицинской и стоматологической помощи;
- независимые медико-диагностические и консультативные центры и лаборатории.

В соответствии с действующим законодательством каждый гражданин Болгарии должен быть охвачен системой ОМС, гарантирующей получение медицинских услуг по базовой программе, оплачиваемой за счет средств НФОМС. Медицинская помощь предоставляется в соответствии с положениями Национального рамочного договора.

Первичную медико-санитарную помощь населению оказывают врачи общей практики, работающие в индивидуальных и групповых врачебных практиках и/или поликлиниках. Каждый болгарский гражданин имеет право свободного выбора врача общей практики и стационарного медицинского учреждения. К концу июня 2000 г. 87% населения

Болгарии для получения услуг ПМСП выбрали врачей общей практики (1). Все врачи общей практики по закону выполняют роль «привратника» (диспетчера), направляющего на консультацию к врачам – узким специалистам, работающим как в амбулаторных, так и стационарных учреждениях. За пациентов, направленных на лечение к специалистам в соответствии с клиническим алгоритмом, платит НФОМС, с учетом соплатежа в размере 2% МРОТ за каждый день пребывания в стационаре в течение первых 10 дней. В 2006 г. размер МРОТ составлял 160 левов (на момент написания данного обзора это было эквивалентно 82 евро). Пациенты могут пойти на прием к врачу – узкому специалисту и без направления от врача общей практики, но тогда им придется оплатить его услуги полностью за собственный счет. Женщины, имеющие детей, и беременные женщины могут без направления врача общей практики обратиться к педиатру и гинекологу. Каждый врач общей практики имеет право выдать ограниченное количество направлений к специалистам. Количество направлений, которое каждый врач общей практики может выдать в течение месяца, определяется заранее региональным ФОМС, в соответствии с численностью прикрепленного к врачу населения и данными за прошлый месяц.

Врачи общей практики проводят первичный медицинский осмотр, диагностику, лечение (включая мелкие амбулаторные операции), дают консультации и отвечают за выписку рецептов на лекарства в соответствии с УПЛС. Кроме того, они предоставляют консультации по вопросам планирования семьи, профилактики заболеваний (иммунизации), укрепления здоровья и санитарного просвещения. В 2005 г. 65,2% общего числа посещений врачей общей практики приходилось на пациентов с хроническими и острыми заболеваниями, а остальные 34,8% – на профилактические мероприятия среди детей, беременных и лиц, проходящих медосмотр (29).

Врачи общей практики оказывают все виды услуг ПМСП в индивидуальных и групповых практиках и/или поликлиниках. В 2005 г. услуги первичной помощи оказывали 4586 врачей общей практики, из них 4391 имели индивидуальную (частную) практику и 195 работали в групповых практиках. Число врачей общей практики, работающих по договору с НФОМС, растет.

Пациенты имеют право выбирать себе врача общей практики сами и менять его каждые шесть месяцев. Каких-либо ограничений, касающихся численности прикрепленного к одному врачу контингента, нет. По данным НФОМС, в 2005 г. в Болгарии было 5340 врачей общей практики; таким образом, на 1472 жителя приходился один врач общей практики. Распределение врачей общей практики по территории страны неодно-

родно, зависит от региона и оговаривается в Национальной карте здоровья. Эта неоднородность вызывает неравенство доступа к медицинскому обслуживанию; особенно это касается жителей сельской местности. Согласно Национальной карте здоровья в 2005 г. число врачебных практик в районе Тарговиште превышало прогнозный показатель на 140%, но в районе Силистра было на 67% меньше, чем ожидалось. В 2005 г. средняя численность прикрепленного контингента к врачу общей практики в районе Тарговиште составляла 1796 человек, а в районе Силистра – 1425 человек. Наименьшая средняя численность прикрепленного контингента в 2005 г. была в Плевене (1037 человек) и в Софии (1093 человека) (29). В 1999 г. в Болгарии приходилось 5,4 посещения врача первичного звена на человека (10) (более подробно см. рис. 6.3).

По данным НФОМС, в 2005 г. на лиц, охваченных системой ОМС, приходилось в среднем 1,6 амбулаторных посещений врачей-специалистов (первичных, вторичных и/или диспансерных), что на 0,11% превышает аналогичный показатель 2004 г. Наибольшая часть амбулаторных посещений приходилась на первичные консультации (52,9%), затем шли вторичные диспансерные посещения (17%) и вторичные консультации (25,7%). В 2005 г. объем физиотерапевтических и реабилитационных мероприятий, проведенных в рамках ОМС, и узкоспециализированных диагностических обследований, возмещаемых НФОМС, возросло, соответственно на 4,7 и 2% по сравнению с аналогичными показателями прошлого года.

#### **6.4. Специализированная амбулаторная/ стационарная медицинская помощь**

К вторичной медицинской помощи относятся специализированная амбулаторная медицинская помощь и помощь, получаемая в больницах (включающая в себя как помощь, оказанную врачом-специалистом, работающим в больнице, так и саму стационарную помощь). В Болгарии специализированная амбулаторная медицинская помощь предоставляется также в диспансерах, занимающихся консультациями и лечением психических, онкологических и кожных заболеваний, болезней органов дыхания и инфекций, передающихся половым путем.

Медицинские учреждения, предоставляющие специализированную амбулаторную помощь, могут быть зарегистрированы как:

- индивидуальная или групповая врачебная практика по оказанию специализированной медицинской помощи в рамках отдельного направления медицины;

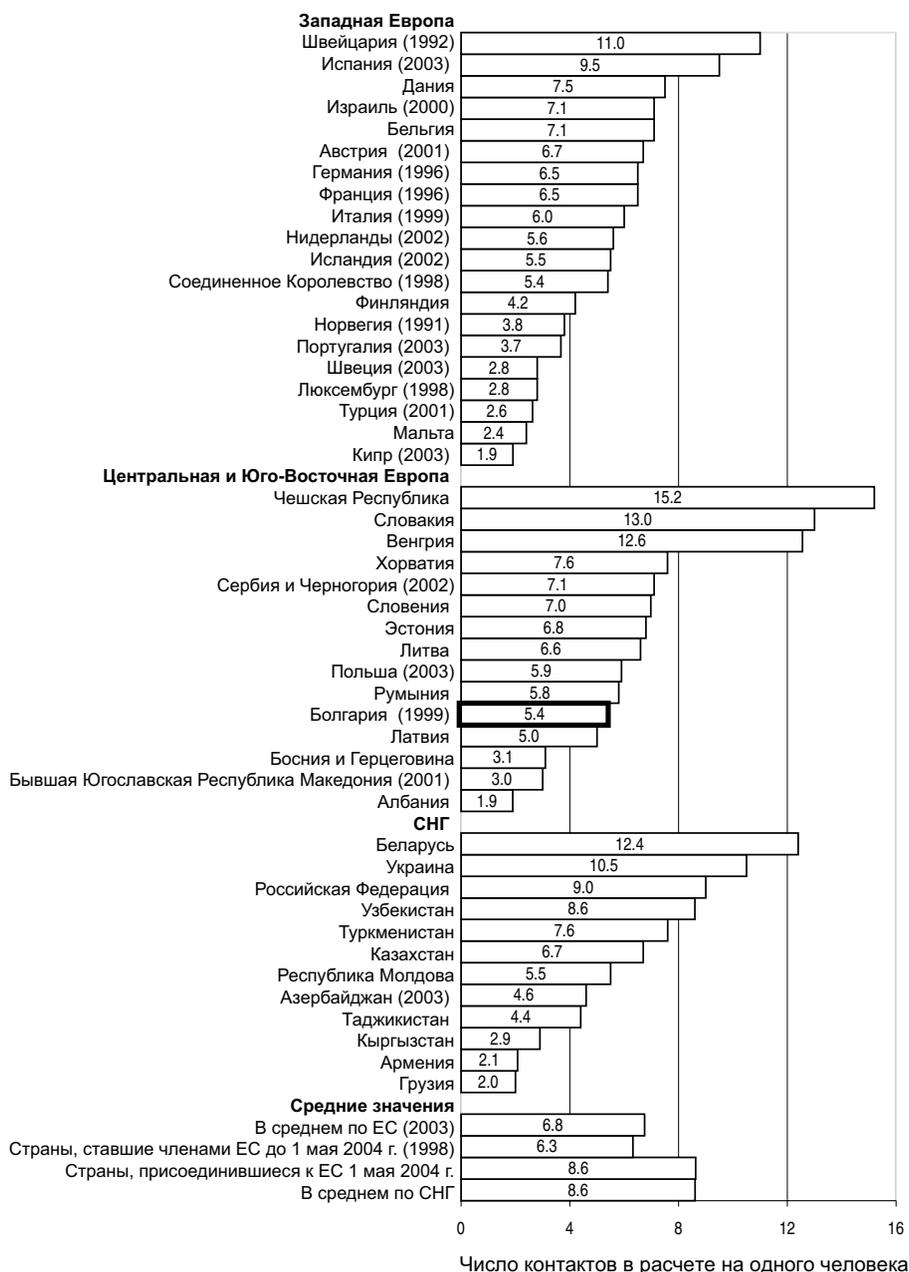
- центры охраны здоровья (медицинские и стоматологические центры), в которых работают не менее трех врачей/стоматологов, специализирующихся в различных отраслях медицины;
- КДЦ, в которых работают не менее 10 врачей различных специальностей и имеются лаборатория и кабинет визуальной диагностики;
- индивидуальная медико-диагностическая или техническая лаборатория.

Индивидуальные и групповые врачебные практики по оказанию специализированной амбулаторной медицинской помощи регистрируются в соответствии с нормами торгового права как коммерческие компании. В некоторых из них уставный капитал принадлежит государству, и право собственности принадлежит министру здравоохранения, в других – капитал принадлежит местному муниципалитету, и право собственности принадлежит соответствующим муниципальным советам. По данным НФОМС, в 2005 г. в секторе специализированной амбулаторной помощи обеспеченность врачами-специалистами, работающими по договору с НФОМС, составляла 1,25 на 1000 застрахованного населения. Распределение врачей-специалистов по территории страны неоднородно. Так, в Софии обеспеченность врачами-специалистами составляла 1,77, а в районе Смолян – 0,55 на 1000 застрахованного населения.

В конце 2005 г. в Болгарии было 1225 медико-диагностических лабораторий, работающих по договору с НФОМС, что на 32% больше, чем в предыдущие два года. Наибольшая доля диагностических обследований приходилась на клинические лабораторные исследования (81%) и рентгеновские обследования (10%). Узкоспециализированные медико-диагностические исследования составляли 3% всех исследований, оплаченных НФОМС в 2005 г. Это может быть связано с повышением зарплат специалистов в секторе амбулаторной помощи, реструктуризацией финансовых механизмов и сокращением коечного фонда и медицинского персонала. Кроме того, чтобы повысить свои доходы, довольно большая часть болгарских врачей-специалистов работают одновременно и в больницах, и в индивидуальных специализированных практиках.

Больничную помощь в Болгарии оказывают в государственных и частных медицинских учреждениях. Согласно Закону о лечебных учреждениях, больницы в Болгарии делятся на две категории: многопрофильные (в состав которых входит не менее четырех специализированных отделений) и специализированные (в которых лечат определенные группы заболеваний по определенному профилю коек, например, гинекологические, педиатрические, психиатрические и т.п.). Больницы можно также классифицировать по степени продолжительности лечения: боль-

**Рис. 6.3. Число амбулаторных посещений в расчете на одного человека в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (10).

Примечание: СНГ – Содружество независимых государств, ЕС – Европейский Союз. Страны, по которым нет соответствующих данных, не включены.

ницы интенсивного лечения (с короткой продолжительностью пребывания в стационаре), больницы для восстановления, долечивания и реабилитации, реабилитационные больницы. Еще один вид классификации больниц основан на возможности предоставления специализированной помощи. К больницам, в которых предоставляется специализированная помощь, относятся: больницы при пяти медицинских университетах страны, национальные госпитали, межрегиональные больницы, региональные больницы и местные многопрофильные больницы.

Национальные многопрофильные и специализированные больницы являются коммерческими корпорациями, принадлежащими государству. Межрегиональные и региональные больницы являются акционерными обществами. Одна часть их капитала принадлежит государству, и право собственности принадлежит министру здравоохранения, другая часть принадлежит местному муниципалитету, и право собственности принадлежит соответствующему местному муниципальному совету. Местные больницы являются коммерческими компаниями, принадлежащими муниципалитетам, на территории которых они расположены.

В качестве меры регулирования специализированной амбулаторной помощи введены месячные ограничения количества направлений к специалистам, которые могут выдавать пациентам врачи общей практики.

## **6.5. Скорая и неотложная медицинская помощь**

До реформ служба скорой и неотложной помощи — как и система здравоохранения в целом — была экстенсивной, но недейственной и неэффективной. Штат был укомплектован более чем достаточно, но необходимая подготовка медицинского и немедицинского персонала не обеспечивалась. В Болгарии, где сердечно-сосудистые заболевания и травмы являются главными причинами смертности, скорая и неотложная помощь предоставлялась фрагментированной сетью учреждений добольничной и больничной медицинской помощи без какого бы то ни было четкого распределения обязанностей и связей. В стране отсутствовали национальные стандарты в области организации, финансирования и качества скорой и неотложной помощи. Низкое качество и неэффективность услуг стали еще более очевидными после децентрализации системы оказания медицинской помощи и введения ограничений муниципальных бюджетов. Не было четкого разделения функций между больницами краткосрочного пребывания и отделениями скорой помощи. В большинстве случаев (до 85%) спрос на услуги скорой помощи обслуживали мобильные бригады скорой помощи, а спрос в неотложной помощи — пункты

первичной медико-санитарной помощи, амбулаторные учреждения и небольшие больницы. Такое вертикальное разделение клинических служб очень часто приводило к дублированию функций.

В ходе реформ благодаря вмешательствам со стороны национального правительства и проведению в 1996–2001 гг. проекта реструктуризации сектора здравоохранения, финансируемого Всемирным банком, в этой сфере произошли серьезные перемены.

В процессе реализации этого проекта система скорой и неотложной помощи была полностью отделена от добольничной и стационарной медицинской помощи. Была создана трехступенчатая система скорой помощи для обеспечения стабилизации состояния пациентов и их госпитализации в случае крайней необходимости.

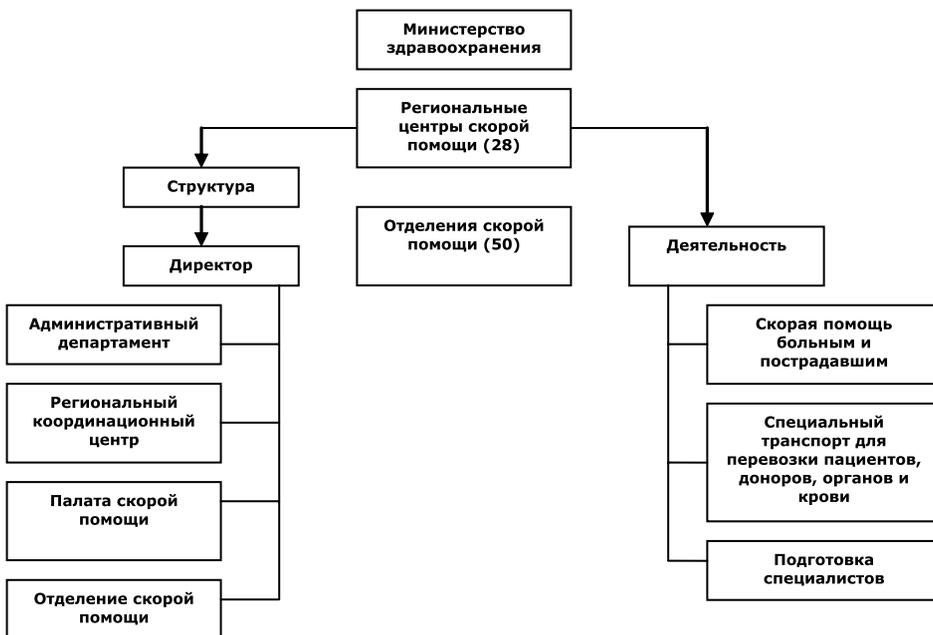
### **Организация скорой помощи**

С 2001 г. службами скорой помощи охвачена вся территория страны; в каждом из 28 административных регионов имеются собственные региональные центры скорой помощи. Имеются также 50 отделений скорой помощи, которые организованы в соответствии с Национальной картой здоровья. Министерство здравоохранения несет ответственность за организацию, планирование и финансирование всей деятельности, связанной с оказанием скорой медицинской помощи населению. Основными единицами организации сети служб скорой помощи являются региональные центры скорой помощи. Их структура, деятельность и функции подробно описаны в приказе министерства здравоохранения. Организация системы скорой помощи в Болгарии показана на рис. 6.4.

Согласно Закону о здравоохранении, региональные центры скорой помощи являются государственными медицинскими учреждениями и финансируются из средств государственного бюджета. Во главе каждого центра стоит его директор, который заключает договор с министром здравоохранения. Все, что касается персонала центров, регулируется Трудовым кодексом. В соответствии с государственным бюджетом на 2003 г. в 28 центрах скорой помощи работали 6731 человек, но в это число входят только штатные сотрудники.

В приказе министра здравоохранения 1999 г. о структуре и деятельности региональных центров скорой помощи говорится, что в каждом центре должен быть административный департамент, региональный координационный центр и отдел скорой помощи в регионе, включающие палату и отделение скорой помощи.

Рис. 6.4. Организационная структура службы скорой помощи



Деятельность центра скорой помощи осуществляется силами следующих бригад:

- бригадой регионального координационного отдела, в которую входят врач (руководитель смены) и один или несколько парамедицинских работников;
- реанимационной бригадой, в которую входят врач, один парамедицинский работник и водитель;
- медицинской бригадой, в которую входят врач (начальник бригады) и водитель;
- парамедицинской бригадой, в которую входят парамедицинский работник (начальник бригады) и водитель;
- транспортной бригадой, в которую входят водитель (начальник бригады) и помощник (41).

Общая численность врачей, медсестер, работников других медицинских и немедицинских специальностей, водителей и вспомогательного персонала, занятого в системе скорой помощи, превышает 4000 человек. Количество бригад в каждом центре зависит от численности населения и площади обслуживания. Каждая бригада в среднем обслуживает от 20 000 до 30 000 человек. Несмотря на все усилия по реорганизации

системы скорой помощи, подход к укомплектованию бригад персоналом оставляет желать лучшего: уровень квалификации врачей слишком высок, а уровень подготовки парамедицинских работников недостаточен.

Если происходит авария или несчастный случай, граждане обязаны сообщить об этом (позвонить) в ближайший центр скорой помощи, лечебное учреждение и/или в полицию. Все лечебные учреждения обязаны бесплатно произвести процедуры скорой и неотложной медицинской помощи, вне зависимости от гражданства пациента, его места жительства и наличия у него социального страхования. Если медицинское учреждение отказывается предоставить неотложную помощь человеку, состояние которого представляет угрозу для жизни, то на это учреждение может быть наложен штраф в размере от 1000 до 1500 левов и у него может быть отозвана медицинская лицензия на срок от трех месяцев до года, в зависимости от того, является ли нарушение повторным. Иностранцы, не включенные ни в одну страховую схему, оплачивают услуги скорой и неотложной помощи в соответствии с больничными тарифами.

## **Показатели работы службы скорой помощи**

Анализ показателей работы службы скорой помощи позволяет сделать следующие выводы:

- число амбулаторных обследований, произведенных центрами скорой помощи в 2004 г., вдвое превышало число вызовов за предшествующие два года, что свидетельствует о ненадлежащей работе служб первичной и специализированной добольничной медицинской помощи;
- вызовы, которые оказались не связанными с экстренными ситуациями, в 2003 г. составляли 15,9% всех вызовов скорой помощи, в 2004 г. — 16,4%, что свидетельствует о наличии неравенства в доступе к неэкстренной медицинской помощи;
- из тех, кто обращался в центры скорой помощи в 2003 г., 10,7% были госпитализированы по поводу хирургических операций или терапевтического лечения; в 2004 г. этот показатель составлял 10,6%. Это свидетельствует о том, что в Болгарии население прибегает к услугам скорой помощи как к средству доступа к специализированной медицинской помощи;
- в 2003 г. при обращении в службы скорой помощи уровень госпитализаций составил 33,6%, в 2004 г. — 37,1% (42).

Оказанию эффективной скорой помощи препятствует в том числе и то, что в стране плохо развиты сеть автомобильных дорог и коммуникационная инфраструктура, в особенности в сельских районах. Гористая местность и отсутствие аэропортов затрудняет транспортировку пациентов, находящихся в критическом состоянии, из труднодоступных регионов. В результате большинство служб скорой помощи по-прежнему находятся в многопрофильных и/или университетских больницах и в городах (43).

На повестке дня правительства стоят дальнейшие реформы системы скорой помощи, в том числе необходимость налаживания связей и создания финансовых стимулов для врачебных практик, оказывающих ПМСП, и служб скорой помощи в тех районах, где доступ к скорой медицинской помощи ограничен, и необходимость увеличения штрафов, накладываемых на медицинские учреждения за отказ предоставить пациентам неотложную помощь.

## 6.6. Медикаментозная помощь

До 1991 г. производство и распространение лекарственных средств в стране осуществлялись централизованно и относились к сфере ответственности Государственной фармацевтической компании, которая выполняла все функции в фармацевтическом секторе. Государственная фармацевтическая компания отвечала также за работу сети аптек и магазинов санитарно-гигиенических изделий, специализированных складов и хранилищ, импортеров и дистрибьюторов лекарственных средств и поставщиков санитарно-гигиенических изделий. Эта монополия была разрушена в результате введения политики децентрализации и перехода к рыночной экономике. Нормативно-правовой базой для реструктуризации и приватизации предприятий по производству и распространению лекарственных средств стал Закон о лекарственных средствах и деятельности предприятий фармацевтической отрасли 1995 г. (14). В настоящее время большинство аптек в стране приватизировано.

Сейчас в Болгарии существуют 30 принадлежащих государству местных производителей фармацевтической продукции, 330 оптовиков, занимающихся импортом и продажей фармацевтической продукции аптекам, и менее десятка дистрибьюторов, которые держат примерно 90% внутреннего фармацевтического рынка. В 2004 г. в Болгарии было в общей сложности 4518 аптек (в 2003 г. их было 4000 (12), в 2000 г. — 1020 (10). Число аптек достигает своего верхнего предела, так как дипломиро-

ванный фармацевт имеет право заведовать только одной аптекой. Сеть аптек в стране развита даже чересчур широко: зачастую на площади в несколько сот квадратных метров расположено до нескольких десятков аптек.

Главные местные производители фармацевтической продукции появились в результате приватизации и реструктуризации бывших болгарских фармацевтических компаний «Балканфарма», «Софарма» и «Биовет». Сейчас основными производителями фармацевтической продукции в Болгарии являются: «Актавис» (вместе с тремя своими дочерними компаниями), «Биовет», «Софарма», «Юнифарм», «НИХФИ», «Чайкафарма», «БЮ-Био», Национальный центр гематологии и переливания крови, «Инбиотех», «Биомеда» и «Вет Пром».

Как правило, местные производители производят дженерики для поставки их на рынки Болгарии, Российской Федерации, Польши, Украины, стран Латинской Америки и Азии. В разные годы эти цифры могут различаться, но обычно объем внутреннего производства составляет 30–40% продаж на внутреннем рынке в стоимостном выражении и 65–75% общего числа проданных упаковок.

В соответствии с действующим законодательством производители фармацевтической продукции имеют право продавать свою продукцию напрямую через сеть авторизованных дистрибьюторов или дилеров и могут участвовать в тендерах на государственные закупки лекарственных средств, организуемых Министерством здравоохранения, НФОМС и больницами только через своих авторизованных дистрибьюторов или дилеров – оптовиков.

По данным на конец 2004 г., на рынке присутствовали в общей сложности 330 импортеров/оптовиков фармацевтической продукции. В соответствии с изменениями к Постановлению об оптовой торговле лекарствами от 2004 г. лицензии на оптовую торговлю выдает Министерство здравоохранения по согласованию с ИАЛ. Местные производители имеют право распространять собственную продукцию на основании имеющейся у них лицензии и могут участвовать в тендерах на государственные закупки, организуемые Министерством здравоохранения, НФОМС и больницами, напрямую.

Присутствие иностранных производителей фармацевтической продукции в Болгарии может быть организовано двумя способами:

- Представительство иностранной компании. Представительство не является юридическим лицом и занимается только продвижением своей продукции на рынок. Продажами же лекарств занимается непосредственно иностранное юридическое лицо через своего авто-

ризованного дилера, который распространяет и продает лекарства аптекам и участвует в тендерах.

- Местная дочерняя компания (филиал). Она является юридическим лицом и принадлежит иностранной компании, которая имеет лицензию на распространение фармацевтической продукции в соответствии с действующим законодательством Болгарии. Дочерние компании (филиалы) иностранных фирм могут участвовать в тендерах, организуемых Министерством здравоохранения и НФОМС, напрямую и по закону имеют право напрямую продавать лекарства аптекам. Правда, на практике они этого не делают, так как у них нет собственной дистрибьюторской сети. По этой же причине они уполномочивают на участие в больничных тендерах от своего имени местных оптовиков.

В последнее время все большее число иностранных фармацевтических фирм организуют в Болгарии свои филиалы и дочерние компании, имеющие лицензии на оптовую торговлю лекарствами. Эти лицензии выдает Министерство здравоохранения по согласованию с ИАЛ. В Болгарии учреждены представительства более 100 иностранных фармацевтических компаний, 23 из которых являются членами Ассоциации компаний, деятельность которых основана на научных исследованиях. Большинство является членами Ассоциации иностранных производителей фармацевтической продукции в Болгарии.

Закон о лекарственных средствах и деятельности предприятий фармацевтической отрасли запрещает продажу лекарств, отпускаемых по рецепту, где бы то ни было, кроме аптек. Препараты, отпускаемые без рецепта, могут продаваться только в аптеках и аптекарских магазинах.

Начиная с 1999 г. потребление фармацевтической продукции в стоимостном выражении росло быстрее, чем общие расходы на здравоохранение, особенно в 2001 и 2002 гг. Общий объем фармацевтического рынка в 2002 г. составил 556,1 млн левов (283,8 млн евро); в 2003 г. этот показатель вырос до 622,1 млн левов (318,827 млн евро), а в 2004 г. — до 685 млн левов (350,1 млн евро) (по данным об оплате перевозок и страховки на условиях CIF/Ex-Works, см. таблицу 6.1). Объем болгарского фармацевтического рынка в розничных ценах достигал 1235 млн левов (631,5 млн евро) (продажи в аптеках и в больницах), что почти на 20% больше по сравнению с показателями 2004 г. При росте потребления фармацевтической продукции в стоимостном выражении наблюдалось сокращение объема потребления в натуральном выражении — общее количество проданных упаковок лекарств в 2004 г. упало по сравнению с 2003 г. со 164 до 153 млн штук.

**Таблица 6.1. Фармацевтический рынок Болгарии (в млн болгарских левов)**

Год	Импорт	Внутреннее производство	Всего
1999	160,5	128,0	288,5
2000	185,2	110,5	290,5
2001	289,9	197,2	487,1
2002	359,7	196,4	556,1
2003	410,9	211,2	622,1
2004	484,6	200,4	685,0

Источник: Bulgarian Drug Agency (38).

Основным покупателем всей фармацевтической продукции в Болгарии является НФОМС, который субсидирует покупку лекарств для амбулаторного лечения уязвимым группам населения и закупку медикаментов для 21 университетской больницы, 28 многопрофильных больниц, диспансеров и 64 центров гемодиализа. НФОМС возмещает расходы на покупку лекарств полностью или частично.

В первую очередь возмещаются затраты на лекарства, предназначенные для лечения сердечно-сосудистых, неврологических и гастроэнтерологических заболеваний, диабета, склероза, множественного склероза и нарушений обмена веществ. Из средств центрального и региональных бюджетов субсидируются лекарства для следующих групп населения: малоимущих граждан, безработных, пенсионеров, детей и военнослужащих (более подробную информацию см. в пункте 5.1.5).

Болгария подписала и ратифицировала Мадридскую конвенцию и считается страной, соблюдающей Соглашение ВТО по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС). В 2003 и 2004 гг. болгарское Министерство здравоохранения и Парламент страны одобрили Положение об эксклюзивности данных и Положение Болар<sup>1</sup>, принятые Советом министров ЕС в целях укрепления конкуренции на европейском рынке. Для Болгарии это означало признание 20-летней патентной защиты фармацевтических препаратов. Предполагается, что до даты присоединения будут действовать дополнительные сертификаты патентной защиты. В 2003 г. Правительство ввело шестилетний период эксклюзивности данных, чтобы обеспечить дополнительную рыночную защиту оригинальных препаратов; для этого органам здравоохранения

<sup>1</sup> В соответствии с Положением Болар, заинтересованным в производстве дженериков, компаниям разрешено приступать к изготовлению серий препарата для его испытаний до окончания срока действия патента с тем, чтобы собрать все данные, которые необходимы для подачи заявки в уполномоченные контролирующие органы. Производители дженериков могут подавать заявку на регистрацию аналога препарата, который все еще защищен патентом.

было запрещено принимать заявки на производство дженериков в течение периода эксклюзивности.

Для высокотехнологичных и биопродуктов период рыночной эксклюзивности составляет 10 лет. Одновременно с этим Положение Болар предусматривает, что производитель лекарственных средств может начать испытания и регистрацию препарата за два года до срока истечения патентной защиты, чтобы иметь возможность начать производство этого препарата немедленно после того, как этот срок истечет.

Болгария начала также вводить у себя стандарты, предусмотренные правилами организации производства и контроля качества лекарственных средств, которые являются обязательными для фармацевтических предприятий (более подробно см. пункт 5.1.5). На момент написания данного обзора Болгария занималась созданием управленческих, исполнительных и контролирующих структур, которые занялись бы гармонизацией болгарского законодательства с требованиями ЕС. Кроме того, Болгария стремится создать информационную инфраструктуру и обеспечить возможность интеграции соответствующих многопрофильных и многофункциональных информационных систем со строго контролируруемыми уровнями доступа. К другим целям, связанным с повышением производительности и эффективности фармацевтического сектора, относятся:

- обеспечение регулируемого баланса между инновационными достижениями в фармацевтической промышленности и политикой в отношении дженериков с соблюдением требований по защите прав интеллектуальной собственности;
- предоставление возможностей для достижения конкурентоспособных цен на произведенные в Болгарии дженерики;
- сокращение пути лекарственных средств к потребителям, начиная с использования разрешения на производство и регистрации цен до включения в УПЛС и оптовой и розничной торговли;
- обновление нормативно-правовой базы для регулирования деятельности фармацевтического сектора и использования фармацевтической продукции.

## **6.7. Реабилитационная медицинская помощь**

Реабилитация производится в амбулаторных и стационарных условиях. В амбулаторных условиях услуги в области реабилитации и физиотерапии предоставляют специализированные индивидуальные врачебные практики, а также медико-диагностические центры.

В многопрофильных больницах для активного лечения организованы отделения физиотерапии и реабилитации. НФОМС возмещает больницам предоставляемые пациентам услуги по реабилитации и физиотерапии в соответствии с двумя клиническими алгоритмами: физиотерапия и реабилитация после инфаркта миокарда и физиотерапия и реабилитация после инсульта мозга. В 2005 г. эти два клинических алгоритма были расширены: в них были включены лечебная физкультура и реабилитация после инфаркта миокарда и операций на сердце, а также лечебная физкультура и реабилитация для страдающих заболеваниями общей нервной системы.

В 2004 г. в реабилитационном секторе Болгарии насчитывалось в общей сложности 4550 коек, в том числе: 120 коек в одной многопрофильной больнице для долечивания, длительного лечения и реабилитации; 591 койка в 9 специализированных больницах для долечивания, длительного лечения и реабилитации, и 3804 койки в 24 специализированных реабилитационных больницах (12). Помимо больничного лечения, реабилитация и санаторно-курортное лечение под наблюдением специалистов производятся также в ряде учреждений гостиничного типа, расположенных на побережье Черного моря, в горах и на оздоровительных курортах.

## 6.8. Долговременная помощь

Долговременная медико-социальная помощь включает социальное и медицинское обслуживание лиц пожилого возраста и лиц, находящихся на инвалидности вследствие соматических или психических нарушений. Долговременная помощь обеспечивается в специализированных учреждениях, которые можно подразделить на стационарные учреждения и/или учреждения по уходу на дому. Эти службы финансируются государством, а управляет ими Министерство труда и социальной политики в соответствии с Законом 1998 г. о социальной помощи.

Уход за лицами пожилого возраста организуют муниципальные службы социального обеспечения. Право на получение социальной помощи предоставляется на основании опроса и рекомендаций врача и социального работника. Медико-санитарную помощь пенсионерам предоставляют врач и медсестра.

Взрослые, находящиеся на инвалидности в связи с соматическими нарушениями и живущие в пределах общины, могут встать на учет в учреждение, оказывающее услуги социальной реабилитации и интегра-

ции (в 2005 г. в стране было 55 таких учреждений в общей сложности на 2327 мест). Кроме того, в 2005 г. в стране было 26 домов для престарелых и инвалидов в общей сложности на 1540 мест (2). Пациентов прикрепляют к таким учреждениям в соответствии с программами социальной помощи и по рекомендации врача и социального работника.

К категории детей, не способных к обучению, относятся дети в возрасте от 7 до 18 лет с различными формами инвалидности. Дети с тяжелыми формами инвалидности могут быть прикреплены к учреждениям дневного ухода (в 2005 г. в стране было 45 таких учреждений в общей сложности на 1128 мест) и/или к социальному учреждению для умственно отсталых детей (в 2005 г. было 54 таких учреждения в общей сложности на 4491 место). Такие дети могут быть также прикреплены к социальным учреждениям, в которых организовано профессиональное обучение (в 2005 г. было 9 таких учреждений в общей сложности на 916 мест) (2).

## **6.9. Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными**

В Болгарии пока еще плохо развита сеть учреждений по оказанию услуг лицам, которые не в состоянии позаботиться о себе сами. Для страны это имеет серьезные социальные последствия, так как бремя ухода за такими пациентами ложится на членов их семей и родственников. Доходы в таких семьях, как правило, ограничены, так как им приходится заботиться о своих близких, и у них нет возможности устроиться на работу в официальном секторе.

Чтобы придать такого рода нагрузке официальный статус работы, в 2003 г. Министерство труда и социальной политики реализовало программу «От социальных льгот – к занятости». Среди компонентов этой программы было создание таких должностей, как «личный помощник» и «социальный помощник». Эти должности вводились для людей, которые и так оказывают эти услуги своим родственникам – тяжелобольным и инвалидам.

Право на участие в этой программе для тяжелобольных и/или инвалидов (детей и взрослых) определяется их состоянием здоровья и подлежит одобрению специализированным медицинским учреждением. Для того чтобы иметь право считаться личным помощником, человек должен быть либо членом семьи, либо близким родственником участника программы; такие лица не могут работать по найму или получать какие-либо пособия и обязаны проживать совместно с участником про-

граммы. Граждане, имеющие право работать личными помощниками, подписывают соответствующее соглашение с уполномоченным работодателем (это может быть отделение Агентства социального обеспечения, муниципальная администрация или какая-либо уполномоченная фирма), который несет ответственность за качество их работы. За свои услуги они получают зарплату в размере примерно 1100 евро в год (по оценкам 2006 г.). В 2004 г. в стране было зарегистрировано 9062 личных помощника, которые ухаживали более чем за 10 000 человек (в 2003 г. их было 6230).

Пока что достигнутые в этой области результаты являются благоприятными для всех заинтересованных сторон: для пациентов, для помощников и для государства. У пациентов улучшается уровень жизни и упрощается доступ к социальной помощи и медицинскому обслуживанию. Личные помощники получили официальную работу и соответственно все льготы и права, предусмотренные трудовым законодательством. Кроме того у них появилась возможность официально повысить свою квалификацию, а некоторые смогли повысить уровень своей профессиональной подготовки. Государство выиграло от сокращения средств, выделяемых ежемесячно на социальные пособия.

В 2005 г. была реализована национальная программа помощи больным и инвалидам. Бюджет этой программы составил 27,7 млн левов (14 млн евро), и в нее были включены 10 131 личных помощников и 2059 социальных помощников.

## **6.10. Паллиативная помощь**

Паллиативная помощь регулируется Законом о здравоохранении 2004 г. и предусматривает оказание помощи пациентам, страдающим такими заболеваниями, которые не поддаются излечению, а также мероприятия, направленные на ослабление боли, психологическую, социальную и духовную поддержку. Цель паллиативной помощи состоит в том, чтобы обеспечить таким пациентам и членам их семей наилучшее возможное качество жизни. В Болгарии разработаны правила оказания паллиативной помощи, а также система стандартов ее качества.

Паллиативная помощь предполагает работу семейных врачей, амбулаторных и стационарных лечебных учреждений, а также диспансеров и хосписов. Такой уход осуществляют врачи, медсестры, социальные работники, психиатры или психологи (если необходимо), священники (если нужно) и добровольные помощники (волонтеры). Все, кто оказы-

вает паллиативную помощь, проходят соответствующий курс обучения, содержание которого регулярно обновляется.

Паллиативная помощь осуществляется в хосписах. В 2005 г. в стране действовали 33 хосписа в общей сложности на 287 коек. Ряд хосписов оказывает некоторые услуги по паллиативному уходу за пациентами на дому. В 2003 г. НФОМС ввел клинический алгоритм паллиативной помощи для неизлечимых онкологических больных, предусматривающий возмещение затрат на 20-дневную госпитализацию в течение года для пациентов, нуждающихся в специализированной паллиативной помощи.

## **6.11. Охрана психического здоровья**

Наряду с общим законодательством, касающимся реформ здравоохранения, в Болгарии была также проведена реформа психиатрической помощи. В 2001 г. была начата реализация Национальной программы по укреплению психического здоровья граждан Республики Болгарии (2001–2005). Эта программа была пересмотрена и усовершенствована с введением политики в области психического здоровья Республики Болгарии на 2004–2012 гг., принятой Советом министров в июле 2004 г. наряду с новым Национальным планом реализации политики в области психического здоровья (2004–2010 гг.).

Главные юридические требования, касающиеся охраны психического здоровья, включены также в главу V Закона о здравоохранении 2004 г. В этом законе указаны следующие основные принципы лечения лиц с психическими нарушениями: минимальное ограничение личной свободы; уважение прав пациентов и сокращение их пребывания в стационаре; соблюдение гуманистических принципов; стимулирование самостоятельности и взаимной помощи и обеспечение социальной и профессиональной поддержки тем, кто в ней нуждается; построение эффективной системы амбулаторной психиатрической помощи; приоритетность помощи, оказываемой в семье и в обществе; участие в неправительственных гуманитарных организациях в ходе лечения и социальной адаптации.

Главными целями этих законов и политики являются охрана и укрепление психического здоровья населения, применение комплексного подхода к профилактике, лечению и реабилитации, а также интеграция психиатрической помощи в общую систему здравоохранения.

Действующая политика в области охраны психического здоровья ориентирована на согласованную работу многопрофильных и созданных по

месту жительства общественных организаций со службами социального обеспечения, образования и занятости. План действий разрабатывается в сотрудничестве с местной администрацией и правительственными органами, а также с неправительственными организациями.

Психиатрическую помощь оказывают в амбулаторных и стационарных учреждениях, диспансерах, государственных социальных учреждениях и неправительственных и благотворительных организациях. Амбулаторная психиатрическая помощь предоставляется пациентам с менее тяжелыми и/или хроническими заболеваниями в легкой форме, диспансеры обслуживают пациентов с более серьезными нарушениями (например, с тяжелыми формами умственной отсталости), психиатрические отделения больниц оказывают помощь пациентам с острыми состояниями, в психиатрических больницах лечат пациентов с хроническими психическими заболеваниями. В Болгарии нет четкой системы правил, требующих специализации услуг амбулаторной и стационарной психиатрической помощи в зависимости от вида заболевания.

Амбулаторную психиатрическую помощь оказывают врачи общей практики, но чаще всего — психиатрические отделения учреждений амбулаторной медицинской помощи (таких как КДЦ, МЦ, МСЦ) и частнопрактикующие психиатры. В 2003 г. НФОМС заключил договоры с 427 психиатрами (это 60% общего числа психиатров в Болгарии).

Больничную помощь оказывают учреждения психиатрического профиля четырех видов: 11 государственных психиатрических больниц (2750 коек), 12 психиатрических диспансеров (1524 койки), 11 психиатрических отделений в многопрофильных больницах и 4 университетские психиатрические клиники. Общий коечный фонд сети учреждений психиатрической помощи составляет 5439 коек (12).

Улучшение доступа к амбулаторной психиатрической помощи, а также реализация всех остальных мер, предусмотренных планом действий, позволили за два года сократить число коек в психиатрических больницах на 11% (с 5840 в 2001 г. до 5201 в 2003 г.). Это удалось сделать несмотря на то, что уровень госпитализаций вырос на 6%. В 2004 г. число психиатрических коек составляло 4,5 койки на 10 000 населения (12).

В психиатрических диспансерах обеспечивается профилактическое лечение и некоторые социальные функции. Там производится преимущественно амбулаторная помощь, реализация программ активного выявления, ранней диагностики, длительного лечения и наблюдения, а также программ социальной адаптации. Основными клиентами психиатрических диспансеров являются: пациенты, страдающие шизофренией и аффективными психозами; пациенты старческого или престарческого

кого возраста; пациенты, страдающие умственной неполноценностью, неврозом тревоги и различными формами зависимости; пациенты с другими психическими нарушениями. В 2004 г. в диспансерах было 16 997 пациентов, а в психиатрических больницах – 9861 (12).

Оказание психиатрической помощи осуществляется также при поддержке Министерства труда и социальной политики и производится во многих государственных социальных учреждениях (см. раздел 6.11). К таким учреждениям относятся: центры дневного ухода для детей с нарушениями психики (в 2005 г. в 45 таких центрах насчитывалось в общей сложности 1128 мест); центры дневного ухода для взрослых с нарушениями психики (в 2004 г. было 7 учреждений на 107 мест); дома-интернаты для детей с нарушениями психики (в 2005 г. было 29 учреждений в общей сложности на 1750 мест); и дома-интернаты для взрослых с нарушениями психики (в 2004 г. было 54 учреждения в общей сложности на 4491 место) (2). Оказанием медицинской помощи в центрах дневного ухода занимаются врачи общей практики и медсестры. Психиатрическое лечение и консультативную помощь оказывают психиатры. Медицинская помощь финансируется НФОМС на основании Национального рамочного договора.

За последние несколько лет общественные и благотворительные организации стали создавать общества по лечению наркомании. Финансирование их деятельности производится за счет благотворительных фондов, средств родственников лиц, страдающих наркотической зависимостью, и различных проектов.

В системе психиатрической помощи имеет место дефицит кадров. Так, в 2004 г. в стране было 610 психиатров (2,2% всех врачей). Обеспеченность врачами-психиатрами составляла 0,8 врача на 10 000 населения, обеспеченность врачами-неврологами – 1,4 на 10 000 населения. Кроме того, в секторе психиатрической помощи работают также 63 психолога, 1210 медсестер (по 1,7 на каждого врача) и социальные работники, но их число также невелико (12).

Новый план действий по укреплению психического здоровья населения направлен на расширение сети центров дневного ухода, создание домов для совместного проживания лиц с нарушениями психического здоровья (в основном на этапе реабилитации) и расширение возможностей в области занятости для людей с нарушениями психики. Это процесс предполагает участие ряда заинтересованных сторон, в том числе муниципальных властей и общественных организаций.

Несмотря на то что реализация политики в области охраны психического здоровья находится на начальном этапе, в Болгарии, по всей

видимости, нарождается двоякая тенденция. С одной стороны, расширяется амбулаторная помощь пациентам, страдающим нарушениями психики, с другой стороны, наблюдается тенденция к переводу стационарных больных на амбулаторное обслуживание, большая интеграция с социальными службами, активное участие НПО и оказание адресной медицинской помощи.

## 6.12. Стоматологическая помощь

Стоматологическая помощь предоставляется в амбулаторных и стационарных условиях. В соответствии с Законом об учреждениях здравоохранения (16) стоматологическую помощь оказывают в индивидуальных и групповых врачебных практиках по оказанию первичной или специализированной стоматологической помощи, а также в центрах хирургической стоматологии и медико-стоматологических центрах. Стоматологи сходных специализаций работают в групповых практиках, а стоматологи различных специализаций – в стоматологических и медико-стоматологических центрах.

Правила, регулирующие деятельность медицинских учреждений первичной и специализированной амбулаторной стоматологической помощи, аналогичны тем, которые касаются учреждений по оказанию первичной и специализированной амбулаторной медицинской помощи. В 2004 г. в Болгарии было 56 центров хирургической стоматологии и 44 медико-стоматологических центра (12). Стоматологические учреждения работают примерно на той же основе, что и амбулаторные медицинские учреждения. Они могут заключать договоры с НФОМС и оказывать услуги, входящие в базовую программу медицинских услуг. Они могут заключить договор с КДМС, а также оказывать платные услуги за наличный расчет. В 2005 г. у НФОМС был подписан 5651 договор с медико-стоматологическими центрами. Из них 5588 договоров было на оказание первичной стоматологической помощи и 63 – на оказание специализированной стоматологической помощи. По сравнению с предыдущими годами, в 2003 г. число стоматологов, работающих по договору с НФОМС, увеличилось на 8% (29).

НФОМС полностью и/или частично возмещает затраты на следующие стоматологические услуги:

- первичная стоматологическая помощь;
- специализированная амбулаторная стоматологическая помощь детям;

- специализированная амбулаторная хирургическая стоматологическая помощь;
- специализированная амбулаторная стоматологическая помощь, производимая под общей анестезией, для лиц в возрасте до 18 лет, страдающих нарушениями психики.

Услуги больничной стоматологической помощи оплачиваются НФОМС в соответствии с пятью клиническими алгоритмами. Стандарты качества амбулаторной стоматологической помощи, касающиеся доступности терапевтического и хирургического лечения, включены в Национальный рамочный договор.

### **6.13. Дополнительная и альтернативная медицина**

В Болгарии разрешены нелекарственные оздоровительные продукты минерального и органического происхождения, нетрадиционные физические методы лечения, акупунктура, диагностика по радужной оболочке глаза, пульсовая диагностика, диагностика по ушной раковине, а также диетология и оздоровительное питание.

Заниматься гомеопатией имеют право только дипломированные врачи и стоматологи. Другие разрешенные методы альтернативной медицины могут практиковать дипломированные врачи, стоматологи и фармацевты, лица, получившие медицинское образование в колледжах или имеющие степень бакалавра в области общественного здравоохранения, а также лица со средним образованием, получившие специальную подготовку продолжительностью не менее четырех семестров в медицинских университетах.

Поставщики услуг альтернативной медицины обязаны регистрироваться в региональных органах здравоохранения, которые занимаются контролем исполнения нормативно-правовых требований, результатов лечения и разбором жалоб пациентов.

Пациенты, пользующиеся услугами специалиста по альтернативной медицине, должны регистрироваться в его книге посетителей. В эту книгу необходимо вносить данные о пациенте (в том числе указать проблемы со здоровьем и проведенное или предписанное лечение) на случай возникновения неблагоприятных реакций. Специалисты альтернативной медицины несут ответственность за применение нетрадиционных методов лечения.

Реклама альтернативных методов лечения в Болгарии запрещена. Услуги специалистов по нетрадиционной медицине оплачиваются пациентами за собственный счет.

Число тех, кто обращается к специалистам за нетрадиционными методами диагностики и лечения, довольно велико, и до принятия в 2004 г. Закона о здравоохранении в стране были проблемы, связанные с отсутствием механизмов регулирования и контроля в этом секторе.

Регулирование деятельности специалистов по альтернативной медицине в Законе о здравоохранении является попыткой предотвратить случаи неправильного лечения и халатного отношения со стороны медицинских работников.

## **6.14. Медицинское обслуживание отдельных групп населения**

Обязательное медицинское страхование, в рамках принципа социальной справедливости, обеспечивается следующим категориям лиц: кадровым военнослужащим, беженцам, правонарушителям, находящимся под арестом, служащим органов полиции и этническим туркам. Одной из проблем в Болгарии является обеспечение доступа к медицинскому обслуживанию 300 000 членам цыганской общины.

Цыганская община является самой молодой этнической общиной в Болгарии. У цыган самые высокие уровни рождаемости и смертности, а процентная доля бедных в этой общине в десять раз выше, чем среди остального населения страны. Цыгане составляют также значительную часть беспризорных детей, бездомных и сексуальных работников. Низкий уровень жизни, недостаточный уровень образования, частая перемена места жительства, ограниченный доступ к чистой питьевой воде и санитарии и высокий уровень безработицы – все это приводит к неравенству в здоровье для этой группы населения Болгарии.

Согласно Закону о здравоохранении, все члены цыганской общины включены в систему ОМС. За безработных взносы на медицинское страхование выплачиваются из фонда помощи безработным (в течение определенного периода времени), а за тех, кто зарегистрирован как нуждающийся в социальной помощи, – из средств государственного бюджета. Таким образом, равенство в этой области обеспечивается по закону. Однако на практике реализовать это равенство трудно из-за культурных различий, низкого уровня образования и частых миграций членов цыганской общины.

В целях сокращения неравенства в доступе к медицинской помощи была разработана и реализована политика, направленная на решение проблем со здоровьем в отдельных группах населения, включая цыганскую общину, жителей небольших поселений, расположенных вдали от медицинских центров, а также пожилое сельское население.

Среди основных аспектов этой политики можно выделить следующие:

- Усиление организационной стабильности системы учреждений по надзору за состоянием здоровья населения (сеть РИЗ) и расширение ее потенциала путем развития сотрудничества с сетью лечебных учреждений и национальных центров и расширения международного сотрудничества в этой области.
- Построение жизнеспособной интегрированной организации системы общественного здравоохранения с привлечением государственных органов, занимающихся вопросами социальной политики, экологии, сельского хозяйства, образования, молодежи и спорта, а также органов местного самоуправления (муниципальных властей), коммерческих и банковских организаций, информационных систем и средств связи.
- Обеспечение участия граждан в определении приоритетов политики здравоохранения на национальном и местном уровнях и реализации национальной и местной политики здравоохранения.

В сотрудничестве с рядом цыганских организаций реализуются национальные и местные программы, нацеленные на интеграцию цыганской общины в систему здравоохранения. На национальном уровне производится подготовка лиц из местных общин, которые должны заниматься санитарным просвещением и выполнять функции связующего звена между общиной и лечебными учреждениями. Они оказывают помощь в проведении тестов для оценки состояния здоровья цыганского населения, а также координируют реализацию местных программ. На местном уровне силами медицинских экспертов проводятся программы, направленные на повышение уровня санитарной культуры цыганского населения, в том числе в области планирования семьи и профилактики инфекций, передающихся половым путем. Проводится также подготовка медиков из числа членов цыганской общины. С участием муниципальных властей создаются условия для того, чтобы медицинское обслуживание было ближе к цыганскому населению. Это достигается путем организации медицинских и стоматологических отделений и предоставления медицинских консультаций в местах высокой концентрации цыганского населения. Кроме того в целях улучшения социаль-

но-экономических условий жизни, службы социального обеспечения оказывают денежную и натуральную помощь цыганскому населению.

В 2000–2004 гг. Министерство здравоохранения, Институт «Открытое общество» и Фонд Сороса организовали ряд конференций по вопросам охраны здоровья цыганского населения, в которых приняли активное участие представители цыганских организаций.

Неравенство в области доступа к медицинскому обслуживанию и его использования является также серьезной проблемой для болгар, которые находятся на инвалидности и страдают некоторыми хроническими заболеваниями. Большие успехи были достигнуты в обеспечении равенства и оказания медицинской помощи инвалидам и лицам, страдающим болезнями эндокринной системы, нарушениями обмена веществ, онкологическими заболеваниями, туберкулезом, СПИДом и другими инфекционными болезнями. Однако остается еще сравнительно большая группа населения (малоимущие, лица с низким уровнем образования и безработные), не имеющие такого же доступа к медицинскому обслуживанию, как другие социальные группы.

## 7. Основные реформы в области здравоохранения

**Н**ачиная с 1980-х годов в болгарской системе здравоохранения произошли значительные перемены. Краткий обзор как самых первых, так и более поздних реформ содержится в разделе 2.1, а более подробно они описаны в предыдущей редакции обзора «Системы здравоохранения: время перемен: Болгария» (1). В следующих далее разделах приводится развернутый анализ политических и организационных изменений в контексте общей национальной программы реформ. В данной главе рассматриваются также основные последствия проведенных реформ и их влияние на текущее состояние системы здравоохранения Болгарии.

Основные реформы политики здравоохранения явились результатом сочетания внешнего (со стороны ЕС, МФВ и Всемирного банка) и внутреннего (связанного с переходом к иной форме правления) давления, а также повышения требований, касающихся подотчетности и прозрачности. Реформы были ориентированы на повышение эффективности и финансовой стабильности сектора здравоохранения, обеспечение качества медицинского обслуживания, создание необходимого баланса отношений и функций заинтересованных сторон, гармонизацию законодательства и разработку модели медицинского страхования в Болгарии.

### 7.1. Анализ последних реформ

После введения в Болгарии системы обязательного медицинского страхования последовал ряд законодательных актов, которые создали нормативно-правовую базу для радикальных реформ в области здравоохранения. Основные шаги этих реформ, а также законодательные акты представлены во вставке 7.1.

**Вставка 7.1. Основные реформы и инициативы, 1989–2007 гг.**

- 1989 Начало перехода к демократической форме правления
- 1990 Восстановлена Болгарская медицинская ассоциация
- 1991 Принята новая Конституция Республики Болгарии
- 1991 Закон о местном самоуправлении и местной администрации
- 1991 Закон о здоровье населения
- 1991 Постановление о частной медицинской и стоматологической практике
- 1994 Правительственный указ о заключении договоров на основные услуги
- 1995 Национальная стратегия здравоохранения
- 1995 Закон о лекарственных средствах и деятельности предприятий фармацевтической отрасли
- 1997 Внесение поправок к Закону о здоровье населения
- 1997 Закон о здоровых и безопасных условиях труда
- 1998 Закон о медицинском страховании
- 1998 Закон о профессиональных организациях врачей и стоматологов
- 1999 Закон о контроле за оборотом наркотических веществ и их прототипах
- 1999 Закон об учреждениях здравоохранения
- 1999 Закон о продуктах питания
- 2000 Первый Национальный рамочный договор (обновляемый ежегодно)
- 2001 Национальная стратегия здравоохранения
- 2004 Реформа финансирования больничного сектора
- 2004 Национальная лекарственная стратегия
- 2004 Закон о трансплантации органов, тканей и клеток
- 2004 Закон о здравоохранении

Система медицинского страхования в Болгарии была введена в 1998 г. после принятия Закона о медицинском страховании. Этот закон стал нормативно-правовой базой для введения в стране обязательного и добровольного медицинского страхования. Законом о медицинском страховании был учрежден НФОМС как единый законный страховщик, определена основа договорных отношений между НФОМС и поставщиками медицинских услуг и введен Национальный рамочный договор, в котором была установлена схема оплаты медицинских услуг, предоставляемых застрахованному населению в рамках базовой программы ОМС.

В 1991 г. была узаконена частная медицинская практика, масштабы которой с тех пор значительно возросли. В настоящее время в стране есть частнопрактикующие стоматологи, частные аптеки, хирургические клиники, частные медицинские лаборатории, амбулаторные клиники и поликлиники.

Как уже говорилось в предыдущей редакции обзора «Системы здравоохранения: время перемен: Болгария» (1), благодаря укреплению сектора первичной медико-санитарной помощи роль врачей общей практики,

выполняющих функцию «привратника», стала краеугольным камнем системы здравоохранения в начале ее реформ. Было также введено право свободного выбора врача общей практики по месту жительства пациента.

В рамках реформы системы здравоохранения был введен Закон об учреждениях здравоохранения (16), регулирующий организацию медицинской (амбулаторной и стационарной) и стоматологической помощи населению. По этому закону существующие государственные и частные учреждения здравоохранения были реорганизованы. Врачи и стоматологи получили право собственности на индивидуальную практику по оказанию первичной и специализированной медицинской и стоматологической помощи. Государство и муниципалитеты организовали групповые врачебные практики, МЦ, КДЦ, лаборатории и хосписы, которые были учреждены в форме компаний, кооперативов, акционерных обществ или компаний с ограниченной ответственностью. В этом законе также определены порядок и процедуры приватизации государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

С этого времени потребители медицинских услуг (пациенты), их поставщики (амбулаторные и стационарные медицинские учреждения) и агенты (плательщики третьей стороны – государственные и частные организации медицинского страхования) стали ключевыми участниками системы здравоохранения, обладающими относительной самостоятельностью в вопросах создания и использования ресурсов здравоохранения.

## **Цели и предпосылки реформы**

Структурная реформа здравоохранения в Болгарии была направлена на решение трех основных задач: реструктуризацию финансирования здравоохранения на основе перехода к ОМС, реорганизацию сектора ПМСП и рационализацию деятельности амбулаторных и стационарных медицинских учреждений.

## **Сокращение числа лиц, не реализующих свое право на пользование системой ОМС**

Согласно Закону о медицинском страховании 1998 г., в Болгарии была реализована система всеобщего медицинского страхования, которое является обязательным и основывается на принципе общественной солидарности при уплате страховых взносов.

С введением элементов информационной системы НФОМС, а также в результате анализа охвата населения системой медицинского страхо-

вания было обнаружено, что почти миллион человек в Болгарии не реализуют свое право пользования системой обязательного медицинского страхования, что, как оказалось, повлияло на их доступ к медицинскому обслуживанию, финансируемому за счет государственных средств. К числу тех, кто не пользуется системой ОМС, относятся люди, имеющие низкий социально-экономический статус и имеющие право на социальную помощь, но никогда за ней не обращавшиеся; граждане Болгарии, долгое время живущие за границей, а также лица с высоким уровнем дохода, которые не удовлетворены качеством медицинского обслуживания, предлагаемого в рамках ОМС, и имеющие возможность оплатить нужные им медицинские услуги за счет собственных средств.

В целях сокращения числа лиц, не реализующих свое право на использование системы ОМС, тем, кто не платил взносы на ОМС, было разрешено начать это делать, покрыв задолженность за предшествующий период в соответствии с планом страховых выплат до конца 2004 г. Для малоимущих граждан этот срок был продлен до конца 2006 г. В качестве меры социальной защиты населения была введена поправка к Закону о медицинском страховании, в соответствии с которой государство будет выплачивать взносы на медицинское страхование за пенсионеров, инвалидов войны, детей в возрасте до 18 лет и граждан, получающих пособия по социальному обеспечению.

### **Повышение эффективности деятельности системы**

С 1999 г. создание информационной системы НФОМС было задачей почти всех правительств. Информационная система для НФОМС была разработана за счет заемных средств, полученных от Всемирного банка в рамках проекта реформы сектора здравоохранения.

Первая попытка создания информационной системы оказалась неудачной. После этого тендер был организован снова, и после длительных обсуждений на уровне консорциума контракт на разработку информационной системы НФОМС получила Болгария. Кабинет министров выступил с более масштабными предложениями, включая создание единой интегрированной информационной системы в секторе здравоохранения для всех медицинских учреждений, а также создание электронных медицинских пластиковых карт. Создание информационной системы НФОМС и интегрированной информационной системы в секторе здравоохранения имеет огромное значение для более эффективного распределения ресурсов, а также для усовершенствования системы управления и бухгалтерского учета.

## Реформа финансирования больничного сектора

Реформа больничного сектора также была одним из приоритетов практически всех правительств. Совет министров одобрил стратегию развития больничного сектора в Болгарии. В 2004 г. Болгария ввела новую систему финансирования больниц. В соответствии с мандатом правительства партии Национальное движение «Симеон Второй», в Парламент были представлены три проекта закона: от Национального движения «Симеон Второй», от движения «За права и свободы» и от партии «Союз демократических сил». В результате были внесены поправки в Закон об учреждениях здравоохранения.

После того как было признано, что закрытие нерентабельных больниц административным путем является шагом политически неприемлемым, а в стране по-прежнему нет четкой стратегии приватизации, было принято решение о том, что в Болгарии будет единственный источник государственного финансирования учреждений здравоохранения – НФОМС. Это решение было закреплено в Законе о бюджете НФОМС. НФОМС останется плательщиком, а Министерство здравоохранения должно быть «руководящим и направляющим» органом, регулирующим единый метод финансирования больниц, основанный на показателях их работы и оплате за пролеченные случаи в соответствии с клиническими алгоритмами обследования и лечения, по единой тарифной ставке за клинической алгоритм (более подробно см. пункт 3.6.1).

Предполагалось, что изменение системы финансирования больниц будет способствовать реструктуризации этого сектора на основе конкуренции между поставщиками медицинских услуг, и что эта система будет действовать в соответствии с критериями НФОМС по заключению договоров с поставщиками услуг в рамках Национального рамочного договора.

Следует отметить, однако, что, хотя данная реформа позволила избежать дискриминации по отношению к учреждениям здравоохранения, в итоге она породила еще больше проблем, поскольку не сопровождалась комплексом других необходимых мероприятий по изменению системы финансирования. В частности, возмещение за услуги больниц производится в соответствии с клиническими алгоритмами. Это хороший метод, позволяющий обеспечить качество медицинского обслуживания, но как метод финансирования он может оказаться не слишком удачным, поскольку верхний предел в отношении объема услуг больниц не установлен, а оплата этих услуг является ретроспективной, что может в результате привести к ослаблению финансовой стабильности НФОМС.

Согласно последним данным, при нынешнем уровне доходов (взносы на ОМС составляет 6% облагаемого налогом личного дохода) к 2007 г.

НФОМС окажется не в состоянии покрыть затраты на обеспечение базовой программы медицинских услуг. Необходимо повысить уровень государственных расходов на здравоохранение, оптимизировать и улучшить контроль распределения средств и снизить уровень нерегулируемых платежей, которые истощают систему.

### **Повышение качества медицинского обслуживания**

В Законе о здравоохранении 2004 г. оговорено введение медицинских стандартов для различных медицинских специальностей (статья 19 (1), параграф 2). Согласно этому закону 28 региональных центров охраны здоровья обязаны осуществлять контроль медицинских специальностей, который включает также мониторинг уровня компетенции специалистов и качества медицинского обслуживания.

Механизм возмещения расходов за пролеченный случай в соответствии с клиническим алгоритмом, используемый НФОМС, применяется так же, как механизм обеспечения качества и мониторинга оказанной медицинской помощи. Будучи финансирующей организацией, НФОМС организовал департамент медицинского аудита всех работающих с ним по договорам медицинских учреждений (см. пункт 4.1.3).

Согласно поправкам к Закону о профессиональных организациях врачей и стоматологов (15), профессиональные ассоциации обязаны устанавливать правила надлежащей клинической практики для соответствующих медицинских специальностей. В результате как элемент системы обеспечения качества были разработаны и приняты такие концепции, как постоянное обучение и непрерывное медицинское образование. Профессиональные ассоциации ввели систему зачетов по своим специальностям и совместно с медицинскими университетами оказывают содействие развитию системы непрерывного медицинского образования медицинских работников.

В июле 2003 г. было принято новое постановление об аккредитации учреждений здравоохранения, которая предусматривает оценку их деятельности.

В Законе о здравоохранении 2004 г. подробно описывается система общественного здравоохранения и система предоставления медицинских услуг. Кроме того, в этот закон включены положения, касающиеся психического здоровья населения, прав пациентов, медицинских профессий и медицинского образования, которые позволяют Болгарии гармонизировать свое законодательство с нормами ЕС. Вместе с тем болгарская система здравоохранения испытывает и ряд трудностей. В частности, отсутствует согласованность между различными норматив-

ными документами; не урегулированы некоторые условия страхования (статья 109 Закона о медицинском страховании); необходимо введение дополнительных законодательных норм в целях гармонизации с требованиями ЕС.

## 7.2. Перспективы развития

В Национальной стратегии здравоохранения на 2007–2012 гг. выделено девять стратегических целей и приоритетов дальнейших реформ здравоохранения. Эти цели включают:

- необходимость улучшения здоровья нации;
- необходимость обеспечения высококачественного и гарантированного медицинского обслуживания;
- необходимость оптимизации первичной помощи;
- необходимость оптимизации сети учреждений здравоохранения;
- необходимость создания прозрачной и справедливой лекарственной политики;
- необходимость планирования, организации и развития трудовых ресурсов в системе здравоохранения;
- необходимость развития и расширения электронной системы и информационных технологий;
- необходимость гарантий финансовой стабильности и устойчивости национальной системы здравоохранения;
- необходимость эффективного внедрения законодательства ЕС и освоения средств ЕС (39).

Желаемые результаты включают:

- гарантированные права пациентов, касающиеся медицинской информации, защиты и контроля их интересов, а также более активное участие пациентов в процессе принятия решений и в переговорах по вопросам использования государственных ресурсов;
- включение и участие всех заинтересованных сторон в переговоры по вопросам параметров политики здравоохранения;
- действенный и эффективный контроль деятельности лечебных учреждений со стороны НФОМС;
- эффективная система штрафов за нарушения, неправильное лечение и халатное отношение со стороны медицинских работников;

- ответственное и подотчетное управление учреждениями здравоохранения;
- введение системы «Национальные счета здравоохранения», а также стандартов для сбора информации и обоснованного принятия решений;
- введение дополнительных регулирующих норм деятельности фондов медицинского страхования;
- изменения системы представительства в руководящих органах/составе участников Собрания представителей НФОМС и в управлении Национальной системой медицинского страхования.

### **Улучшение здоровья нации**

Задача по улучшению здоровья нации будет решаться путем реализации ряда национальных целевых программ, направленных на лечение и профилактику социально значимых болезней, разъяснительную работу среди населения по вопросам здорового образа жизни, совершенствование сети учреждений здравоохранения, введение системы национального мониторинга здоровья школьников, улучшение условий в организациях медицинской и социальной помощи детям, а также развитие индустрии санаторно-курортного лечения и оздоровительного туризма. В ближайшие годы правительство намерено провести 25 национальных программ с совокупным бюджетом в 18 млн левов.

### **Обеспечение высококачественного и гарантированного медицинского обслуживания**

Предоставление высококачественного и гарантированного медицинского обслуживания является одним из приоритетов реформы здравоохранения в Болгарии. Целями реформы в этой связи являются повышение качества, эффективности и доступа к медицинской помощи посредством совершенствования системы аккредитации медицинских учреждений и разработки стандартов для поставщиков медицинских услуг. Это требует также разработки системы оценки результатов и увязки оплаты услуг поставщиков с показателями их работы. Правительство планирует предпринять дальнейшие шаги по улучшению доступа социально уязвимых групп населения к медицинскому обслуживанию.

## **Оптимизация амбулаторной помощи**

Эта задача будет решаться путем дальнейшей реструктуризации механизмов оплаты поставщикам медицинских услуг, улучшения организации сектора скорой помощи и более четкой структурной дифференциации между первичной, специализированной амбулаторной и стоматологической помощью. В этой связи будут разработаны новые методы оплаты труда врачей общей практики, будут установлены верхние пределы численности прикрепленного населения и продолжительности консультации врача общей практики. В отдаленных и труднодоступных районах будут созданы медицинские бригады по оказанию первичной и специализированной медицинской помощи. В секторе стоматологической помощи больше внимания будет уделяться профилактическим программам.

## **Оптимизация сети учреждений здравоохранения**

В стране планируются дальнейшие реформы, направленные на оптимизацию сети учреждений здравоохранения, в том числе улучшение интеграции стационарной и амбулаторной помощи, укрепление системы административно-хозяйственного управления больниц и совершенствование механизмов оплаты труда в амбулаторных учреждениях. Повысить структурную эффективность в этой сфере можно также путем проведения реформ по реструктуризации и оптимизации деятельности больниц. В этой связи в Болгарии все более актуальными становятся частно-государственные партнерства и инициативы по приватизации.

Дальнейшие реформы по оптимизации сети учреждений здравоохранения включают: сокращение административных барьеров на различных уровнях системы здравоохранения в целях улучшения доступа к медицинскому обслуживанию; во всех случаях, когда это возможно, переход от стационарной медицинской помощи к амбулаторной; создание и совершенствование больничных информационных систем в целях улучшения ведения пациентов; введение в больницах стандартизированной системы бухгалтерской отчетности; разработку национального плана реструктуризации больниц по регионам; создание различных видов частно-государственных партнерств в целях повышения эффективности управления сектором здравоохранения; а также денационализацию/приватизацию учреждений здравоохранения, за исключением многопрофильных университетских больниц интенсивного лечения, районных больниц и национальных центров.

## **Прозрачная и справедливая лекарственная политика**

Расходы на приобретение фармацевтической продукции в стране растут, исчисляемые как процентная доля бюджета домохозяйств, так и как доля бюджета НФОМС. В этой связи Болгария планирует провести реформы по восстановлению принципа справедливости в условиях роста цен на лекарства путем установления строгого контроля над ценами, повышения уровня информированности пациентов о лекарственной политике страны и о надлежащем использовании лекарств, а также повышения прозрачности лекарственной политики. Дальнейшие реформы, нацеленные на введение справедливой лекарственной политики и повышение ее прозрачности, включают: в целях защиты прав пациентов установление верхних пределов цен на лекарства, которые должны быть указаны на упаковке; разработку информационных технологий, позволяющих отслеживать использование лекарств, отпускаемых по рецепту; а также разработку системы финансового стимулирования для фондов ДМС в целях повышения их заинтересованности в возмещении расходов на лекарства, которые не возмещаются в государственной системе медицинского страхования.

## **Планирование, организация и развитие трудовых ресурсов**

Необходимость улучшения планирования, организации и развития трудовых ресурсов в системе здравоохранения продиктована как собственно национальными интересами, так и в связи со вступлением Болгарии в ЕС. Дальнейшие реформы будут ориентированы на улучшение подготовки и повышение профессиональной квалификации медицинских кадров в целях обеспечения конкурентоспособности Болгарии на рынке рабочей силы ЕС в секторе здравоохранения. Планируемые реформы включают совершенствование системы организации обучения кадров по различным категориям и специальностям в зависимости от текущих потребностей системы здравоохранения.

## **Электронная система в секторе здравоохранения**

Как уже говорилось в предыдущих главах, одним из основных приоритетов дальнейших реформ является создание электронных медицинских карт. Многие уже разработано и запланировано в целях создания интегрированной информационной системы для обмена данными между работниками системы здравоохранения, которая позволит повысить уровень стандартизации и информационной безопасности. Дальнейшие

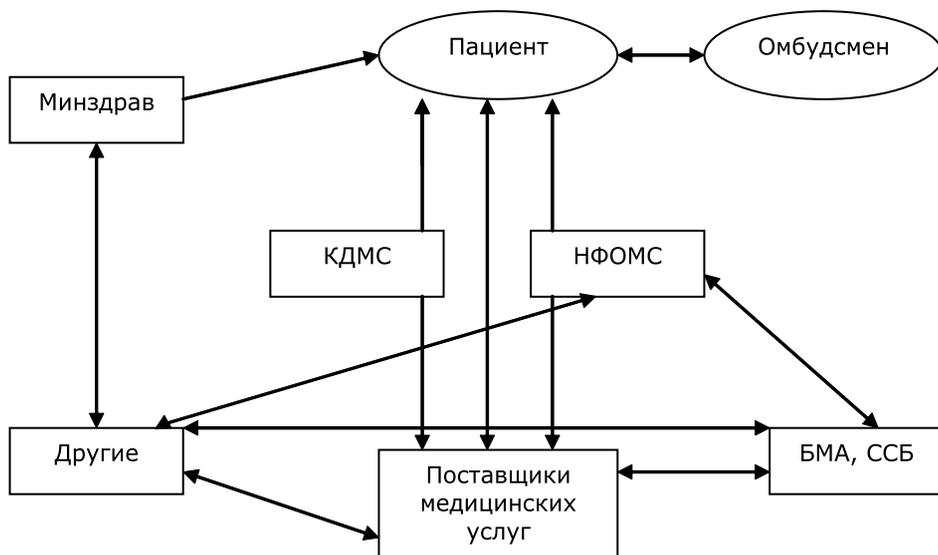
реформы, направленные на развитие в Болгарии электронной системы в секторе здравоохранения, включают: введение электронной системы бухгалтерского учета для поставщиков медицинских услуг, введение электронных медицинских пластиковых карт и внедрение программного обеспечения для комплексной обработки данных в режиме реального времени, включая возможность работы в электронном формате с направлениями на лечение или обследование, выпиской рецептов и обработкой медицинских исследований. В этой связи правительство выделило 3,5% бюджета здравоохранения на 2007 г. на внедрение компьютерных технологий (более подробно см. пункт 5.1.3).

### **Гарантия финансовой стабильности и устойчивости национальной системы здравоохранения**

Обеспечение гарантий финансовой стабильности и устойчивости национальной системы здравоохранения включает совершенствование модели ОМС, обеспечение финансовой стабильности НФОМС, содействие развитию ДМС и введению дополнительных регулируемых платежей за медицинские услуги. Основное внимание будет уделено реструктуризации системы сбора государственных доходов (налогов и взносов на ОМС) без увеличения финансового бремени населения, мобилизации других источников финансирования здравоохранения, увеличению охвата населения системой ОМС, что позволит увеличить приток ресурсов в сектор здравоохранения, и выделить на нужды здравоохранения в 2007 г. 5,5% ВВП, а к 2012 г. – 8% ВВП. Планируется предпринять более активные меры по содействию развитию фондов ДМС. Кроме того, правительство будет стремиться содействовать конкуренции между медицинскими учреждениями и включению в схему финансирования поставщиков медицинских услуг системы оценки качества их работы. В стране ведутся постоянные обсуждения мер по улучшению действующего механизма подготовки и подписания Национального рамочного договора. Эти улучшения предполагают усиление вовлеченности пациентов в подготовку Национального рамочного договора путем создания Союза потребителей медицинских услуг. Обсуждается также вопрос о включении в переговоры по подписанию Национального рамочного договора учреждений здравоохранения как поставщиков медицинских услуг; на момент составления данного обзора в переговорах по подписанию Национального рамочного договора участвуют только НФОМС и представители профессиональных организаций врачей и стоматологов. Рассматривается также вопрос о создании офиса Омбудсмана, который может выступать в

качестве посредника и защитника в вопросах соблюдения прав и юридических интересов граждан в сфере оказания медицинской помощи (рис. 7.1).

**Рис. 7.1. Предлагаемые улучшения организации Национального рамочного договора (находятся в стадии обсуждения)**



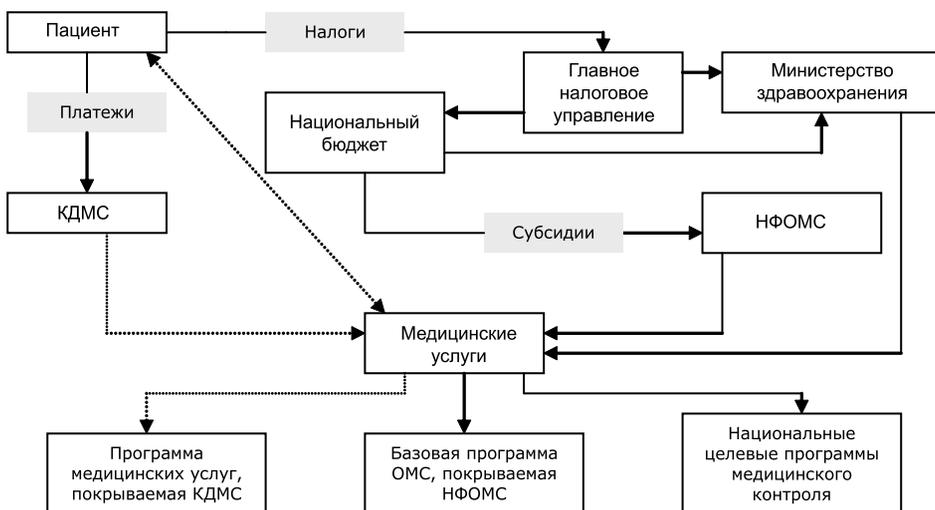
<b>Минздрав</b>	Министерство здравоохранения
<b>НФОМС</b>	Национальный фонд обязательного медицинского страхования
<b>КДМС</b>	Компании, занимающиеся добровольным медицинским страхованием
<b>БМА, ССБ</b>	Профессиональные организации врачей и стоматологов
<b>Поставщики медицинских услуг</b>	Поставщики медицинских услуг и профессиональные организации здравоохранения
<b>Другие</b>	Различные организации, участвующие в предоставлении медицинской информации и разработке критериев качества в здравоохранении

Кроме того ведется обсуждение вопроса о разделении Национального рамочного договора на два договора, один из которых должен касаться поставщиков медицинских услуг, а другой – поставщиков стоматологических услуг; при этом в договоре должны быть постоянный и изменяемый разделы. Постоянный раздел (трехлетний договор) может включать общие сведения о Национальном рамочном договоре, о правах и обязанностях всех заинтересованных групп и об условиях и порядке подписания договоров. В изменяемом разделе (годовой договор) будут описаны финансовая структура и параметры предлагаемых медицинс-

ких услуг (объем и цены). Однако пока это только предложения по новой Национальной стратегии здравоохранения, которая в настоящее время находится в стадии обсуждения.

На повестке дня правительства стоят также вопросы о мерах по улучшению финансирования системы здравоохранения в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Эти меры нацелены на создание регулируемого рынка медицинских услуг в учреждениях здравоохранения и устранение неформальных платежей за услуги, включенные в базовую программу ОМС. Дальнейшие реформы включают: обеспечение более строгого соблюдения законности и применения санкций к врачам, которые берут взятки или халатно относятся к своим обязанностям; принятие законов, которые обеспечат более широкие права пациентов и возможность принимать более информированные решения по вопросам качества медицинского обслуживания/поставщика/учреждения; введение системы финансирования больниц по принципу клиничко-статистических групп (КСГ) и последующего универсального метода расчета затрат на работы и услуги в стационарном звене. В Национальной стратегии здравоохранения на 2007–2012 гг. также изложены меры по улучшению схемы финансирования системы здравоохранения в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Предполагается также ввести систему сдельной оплаты за оказанные объемы услуг и дополнительные платежи в целях расширения и дополнения базовой программы ОМС, оплачиваемой НФОМС (рис. 7.2).

**Рис. 7.2. Предлагаемая модель финансирования системы здравоохранения (находится в стадии обсуждения)**



## **Изменения модели финансирования системы здравоохранения в краткосрочной перспективе (до 2007 г.)**

### **Амбулаторная помощь**

Базовая программа ОМС по-прежнему будет определяться Национальным рамочным договором и оплачиваться НФОМС. Действующая ставка соплатежей за медицинские услуги будет заменена ставкой совместного страхования (сострахования) в размере 6% общих расходов на специализированную медицинскую помощь и до 24% за высокоспециализированные исследования. С учетом региональной специфики и потребностей населения будет введен верхний предел численности населения, обслуживаемого врачом общей практики; кроме того, будут реализованы меры по содействию создания врачами общей практики групповых практик.

### **Стационарная помощь**

Будут введены юридические санкции в отношении поставщиков медицинских услуг, которые взимают неформальные платежи за стационарную помощь или препятствуют доступу к медицинской помощи в случае неполучения таких платежей. Кроме того, большее внимание будет уделяться вопросам выбора пациента и получения информированного согласия на лечение и пользование услугами определенного поставщика. Эти аспекты будут обеспечены законодательно.

В центре внимания будут вопросы качества, приватизации и расширения рынка ДМС. Фондам добровольного медицинского страхования будет рекомендовано предоставлять дополнительное страхование и обеспечивать страховое покрытие платежей за совместное страхование в отношении услуг, предлагаемых в рамках базовой программы ОМС. ДМС станет одним из способов защиты населения от повышения ставок соплатежей за медицинскую помощь.

## **Изменения модели финансирования системы здравоохранения в долгосрочной перспективе (после 2007 г.)**

В долгосрочной перспективе модель финансирования системы здравоохранения будет основываться на обязательном медицинском страховании всех граждан за счет создания фондов обязательного дополнительного медицинского страхования и усиления роли ДМС в системе здравоохранения.

Механизмы управления рисками помогут страховщикам предотвратить непропорциональные риски и ненадлежащее распределение финансовых ресурсов. Эти механизмы будут увязаны с профилем риска

страхуемого населения. За покрытие расходов на медицинскую помощь социально уязвимых групп населения будет отвечать государство. Изменения структуры риска можно будет достичь двумя возможными способами: либо создать в рамках системы специальную организацию по управлению рисками, либо разрешить фондам медицинского страхования использовать систему установления страховых премий, которые зависят от уровня риска, в пределах одобренного государством диапазона.

Будут предприняты дополнительные меры, направленные на предотвращение отбора рисков, в частности: введение этического кодекса для компаний, занимающихся ДМС, публикация отчетов об удовлетворенности потребителей услугами КДМС, а также регулярное обновление и совершенствование формы распределения платежей в системе здравоохранения.

Каждый фонд медицинского страхования сможет оговаривать с поставщиками медицинских услуг свои собственные схемы и условия, что позволит обеспечить равный доступ ко всем видам медицинских услуг и конкуренцию между их поставщиками. Фонды обязательного дополнительного медицинского страхования будут обеспечивать покрытие услуг, включенных в базовую программу, включая установленные законодательно соплатежи и платежи на со-страхование.

На этом основании Главное налоговое управление будет собирать взносы на ОМС, размер которых будет зависеть от дохода граждан; собранные средства будут передаваться НФОМС. НФОМС будет функционировать как «фонд солидарности», собирающий и распределяющий ресурсы между фондами медицинского страхования с помощью заранее установленного механизма управления рисками, основанного на половозрастной структуре населения и уровне заболеваемости. НФОМС будет выделять дополнительные средства тем фондам, на подведомственной территории которых демографическая структура населения менее благоприятна по сравнению с изначально установленными средними показателями.

Фонды медицинского страхования будут предоставлять услуги обязательного и добровольного медицинского страхования. Им будет присвоен статус национальных и право действовать на всей территории страны; они будут конкурировать между собой за привлечение клиентов. Фонды будут предоставлять услуги в рамках базовой программы ОМС, вне зависимости от размера взносов на медицинское страхование, и конкурировать между собой по качеству услуг. Они будут предоставлять свои услуги в соответствии с договорами, подписанными с теми медицинскими учреждениями, которые удовлетворяют критериям качества и удовлетворяют запросы потребителей услуг. Фонды медицинского страхования будут также конкурировать между собой в предоставлении дополнительного покрытия, обеспечивающего различные программы страховых услуг.

Государство, НФОМС и фонды медицинского страхования (обязательного и добровольного) будут предоставлять финансирование для программ, нацеленных на оказание медицинских услуг социально уязвимым группам населения, которые по тем или иным причинам не включены в систему ОМС. (Эти программы могут проводиться в сотрудничестве с другими ведомствами, например с Министерством труда и социальной политики).

## **Эффективное внедрение законодательства ЕС и освоение средств ЕС**

В связи со вступлением в Евросоюз в 2007 г. Болгария планирует провести реформы по обеспечению эффективного внедрения законодательства ЕС и освоения его средств. Дальнейшие реформы, направленные на повышение эффективности внедрения европейского законодательства и освоения финансовых средств ЕС, включают оптимизацию функционирования и реструктуризацию больничной сети при поддержке структурных фондов Евросоюза, наращивание административного потенциала и использование средств ЕС на инвестиции в здравоохранение, расширение подготовки и разработку проектов и программ, направленных на обеспечение возможностей по освоению структурных фондов ЕС в секторе трудовых ресурсов в целях развития региональной структуры здравоохранения, медицинских информационных систем и профилактики заболеваний.

Реформа системы здравоохранения предполагает ее постоянное развитие, совершенствование и постоянную ориентацию на потребности населения в медицинской помощи. Потребности в медицинской помощи отражают динамические изменения в состоянии здоровья нации, и система здравоохранения обязана чутко реагировать на все такие изменения, чтобы не оказаться в том критическом состоянии, в котором она была в недавнем прошлом. Поэтому после радикальных перемен, которые происходят в настоящее время, система здравоохранения перейдет к этапу развития и совершенствования.

Долгосрочная стратегия реформ сектора здравоохранения Болгарии предусматривает одновременное развитие системы ОМС, обязательного дополнительного медицинского страхования и ДМС. Для того чтобы реализовать это на практике – и реализовать эффективно, – необходимо произвести упомянутые выше изменения, а также добиться изменения ситуации в стране в целом. К таким изменениям относятся улучшение экономических условий и повышение уровня жизни населения, более четкое функционирование правовой системы, повышение уровня образования, расширение потребительского выбора и повышение потребительской удовлетворенности в системе здравоохранения.

## 8. Оценка системы здравоохранения

**Б**олгарская система здравоохранения, унаследованная со времен коммунистического правления, была ориентирована преимущественно на предложение без учета реального спроса населения на мероприятия в области здравоохранения. Этот дисбаланс выражался в наличии неэффективных лечебных мероприятий и в неспособности медицинских учреждений предоставить высококачественную медицинскую помощь. Кроме того, основное внимание уделялось не профилактике заболеваний и укреплению здоровья, а лечению; приоритет отдавался не сектору ПМСП и профилактике, а больничному сектору, который должен был обеспечивать расширение предложения лечебных мероприятий. Наряду с экономическим и валютным кризисами в середине 1990-х годов в Болгарии снизилась продолжительность жизни мужчин, понизилась рождаемость, возросла материнская смертность, сформировался теневой сектор медицинских услуг и вырос объем личных расходов граждан и неформальных платежей за медицинские услуги.

Но после начала реформ здравоохранения в конце 1990-х годов показатели продолжительности жизни и материнской и младенческой смертности в стране улучшились. Благодаря созданию НФОМС и введению базовой программы ОМС был определен набор услуг, финансируемых государством, сформировался сектор ДМС, увеличились расходы по государственному социальному страхованию. Последние реформы, проводимые в целях улучшения первичной медико-санитарной помощи, укрепления здоровья населения, обеспечения качества медицинской помощи, обеспечения права выбора пациентов, а также реструктуризации больничного сектора и системы его финансирования, хотя и находятся в начальной стадии, демонстрируют желание и готовность разработчиков политического курса реализовать соответствующие изменения в политике здравоохранения страны.

Вместе с тем болгарской модели медицинского страхования присущи определенные проблемы, типичные для стран со средним уровнем дохода. В частности, имеет место неудовлетворенность общества системой здравоохранения; определенные группы населения не охвачены системой ОМС; в стране не хватает государственных финансовых ресурсов, недостаточно развиты управленческий потенциал и инфраструктура здравоохранения; действует значительный по объему неофициальный сектор; имеет место ограниченность конкуренции в сочетании с недостаточно развитой системой обязательных стандартов и норм надлежащей клинической практики; наконец, не хватает информации, необходимой для эффективного принятия решений. Наряду со структурными проблемами Болгария переживает также социально-демографические и эпидемиологические изменения, характерные для стран со средним и высоким уровнем дохода. Это высокий уровень смертности, снижение рождаемости, старение населения, внутренняя миграция с тенденцией к урбанизации, эмиграция, а также повышение травматизма и уровня неинфекционных заболеваний.

Основные проблемы, которые ждут Болгарию в будущем, включают необходимость всеобщего охвата системой ОМС, совершенствование механизмов сбора государственных доходов, а также обеспечение технико-экономической и структурной эффективности и устойчивости сектора здравоохранения. Кроме того, перед Болгарией стоят такие задачи, как повышение качества медицинского обслуживания и удовлетворенности общества системой здравоохранения, а также сокращение издержек, относящихся к здоровью.

## **Доступность медицинской помощи**

В основе реформ системы здравоохранения в Болгарии лежат ценности и принципы плюрализма, демократии, доступности, справедливости, солидарности и разделения ответственности за здоровье населения. Руководящие принципы реформ включают необходимость усиления социальной ориентации, вовлеченность общества и общенациональный характер реформ. Оценка проводимой в Болгарии политики здравоохранения производится на базе соблюдения установленных принципов реформы системы здравоохранения. К таким принципам относятся:

- разработка модели системы здравоохранения с учетом национальных особенностей Болгарии — ее истории, культуры, традиций, реалий, интересов и ценностей;
- социальная ориентация на перемены;

- плюрализм и справедливость в отношении всех форм собственности в системе здравоохранения (государственной, муниципальной, частной и смешанной);
- рыночные механизмы распределения и управления ресурсами системы здравоохранения;
- свобода частной инициативы в системе здравоохранения;
- распределение обязанностей за здоровье нации, с учетом необходимости обеспечения последовательности, непрерывности, прозрачности и общественного согласия в отношении цены перемен.

В результате проведения курса на экономическую стабилизацию и повышение социальной защиты неимущих слоев населения с 1997 г. условия жизни болгар и ситуация с бедностью в стране улучшились. Если в течение переходного периода бедность была широко распространенным явлением, то сейчас она в большей степени характерна только для определенных этнических и социальных групп. Несмотря на то что бедность пока еще полностью не изжита, ситуация улучшается; то же касается безработицы и уровня национального дохода, что косвенно и постепенно способствует улучшению состояния здоровья населения и доступу к медицинской помощи.

Создание системы обязательного медицинского страхования и государственное финансирование социально уязвимых групп населения помогло расширить доступ к медицинской помощи и восстановить справедливость в системе здравоохранения. Вместе с тем довольно большая часть населения все еще не реализует свое право на участие в системе ОМС, что может отрицательно сказаться на доступе к медицинской помощи. Учреждение в 2006 г. Главного налогового управления, которое занимается сбором подоходного налога и взносов на социальное страхование, было нацелено на сокращение числа тех, кто не реализует свое право на пользование системой ОМС. Другими мерами, которые были проведены и запланированы в целях расширения доступа к медицинской помощи, являются: постоянное и регулярное обновление регистров и баз данных населения; процедурные вопросы, связанные с оплатой работы поставщиков медицинских услуг; повышение информированности пациентов о медицинском страховании; увеличение финансирования службы скорой помощи и программ в области здравоохранения.

В целях обеспечения доступа к медицинскому обслуживанию на всей территории Болгарии НФОМС распределяет средства по региональным ФОМС для организации оплаты по системе ОМС на справедливой основе (с учетом тенденций в области здоровья населения, географических

особенностей, характеристик населения и т.д.) и стремится применять равный подход по отношению ко всем регионам страны. Однако в стране все еще имеет место неравенство доступа к медицинской помощи из-за наличия неофициальных платежей и высоких официальных соплатежей за такие услуги, как больничная, стоматологическая и медикаментозная помощь, а также из-за регионального неравенства, связанного с развитием инфраструктуры.

Высокий уровень частных расходов граждан на здравоохранение без каких бы то ни было форм перераспределения средств не способствует соблюдению принципа справедливости и усугубляет те негативные последствия, которые могут оказывать такие платежи на людей с низким уровнем дохода и на тех, кто нуждается в большем объеме медицинской помощи. Неформальные платежи тоже очень сильно бьют по карману малоимущих, в особенности потому, что такие платежи происходят в больницах и составляют значительную часть бюджета домохозяйств. Из-за отсутствия регулируемого рынка легальных медицинских услуг пациенты часто вынуждены вступать в неофициальные финансовые отношения с медицинским персоналом, чтобы получить доступ к медицинской помощи или более высокое качество услуг, которые должны обеспечиваться государственным сектором. Личные расходы граждан в Болгарии выше, чем в некоторых других странах этого региона.

Чтобы расширить доступ к медицинской помощи для групп риска, Болгария реализует целевые программы для различных этнических групп (например, для цыганской общины) и для сельских жителей. Эти программы показали себя как экономически эффективный способ расширения доступа населения к медицинской помощи (44). Кроме того, недавно был принят ряд законодательных актов, обеспечивающих права пациентов на доступ к системе здравоохранения. Однако успех этих программ был в определенной степени ограничен из-за регионального неравенства в области трудовых ресурсов и инфраструктуры здравоохранения и из-за отсутствия нормальных дорог и средств связи с сельской местностью. Региональное и инфраструктурное неравенство существует также в отношении доступа к дородовой и скорой медицинской помощи, о чем свидетельствуют различия в показателях младенческой смертности в сельских и городских районах. Региональное неравенство ограничивает также возможность выбора врача общей практики. В сельских районах зачастую работает всего по одному врачу общей практики, который и обслуживает все население района. Это ограничивает возможности пациента, касающиеся выбора врача и получения заключения другого врача, несмотря на то, что формально такое право у пациентов есть (39). Некоторые исследования позволяют предположить также, что доступ различных

социально-экономических групп к учреждениям различных уровней системы здравоохранения неодинаков. Как выяснилось, лица с более низким социально-экономическим статусом имеют меньший доступ к медицинской помощи и с большей вероятностью остаются на низшем уровне системы здравоохранения и получают услуги более низкого качества (45).

К проблемам НФОМС, касающимся улучшения доступа к медицинской помощи, относятся необходимость оптимизации механизмов оплаты и проведение финансово-статистического анализа для получения более устойчивых финансовых результатов наряду с необходимостью позитивных перемен в экономике страны, демографической ситуации, инфраструктуре и образовании. Прогрессивные методы улучшения доступности медицинской помощи включают: усиление регулирования государственного участия в финансировании базовой программы ОМС для групп риска; создание поликлиник и центров скорой помощи там, где больниц либо нет, либо они работают неэффективно; улучшение системы регулирования легального рынка медицинских услуг в целях сокращения неформальных платежей за больничные услуги; предоставление целевых субсидий НФОМС для оплаты медицинской помощи для социально уязвимых групп населения; совершенствование системы сбора информации и ведение баз данных по факторам риска, которые могли быть не изучены или не отслеживались в течение длительного времени.

### **Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения**

Общее направление реформ, связанное с распределением ресурсов, осуществлялось посредством введения новых механизмов оплаты услуг поставщиков, предоставления большей самостоятельности больницам, децентрализации административно-хозяйственного управления здравоохранением, признания права выбора пациента и внедрения ресурсосберегающих технологий. В этих областях был достигнут значительный прогресс. Наряду с повышением уровня госпитализации сократилось как число коек, так и продолжительность пребывания больного в стационаре. Однако число больниц в стране все еще велико, и пока что оно растет. В 2004 г. в Болгарии было 257 больниц при численности населения всего 7,7 млн человек. По европейским стандартам этот показатель является достаточно высоким.

Основой развития стало внедрение в практику здравоохранения ранее незнакомых концепций, таких как врачи общей практики, медицинское страхование, укрепление здоровья, планирование семьи. Начинают развиваться сектора долговременной и реабилитационной медицинской

помощи, паллиативной помощи, психиатрической помощи; в больницах больше коек выделяется для реабилитационного лечения. Однако многие из этих тенденций появились совсем недавно. Реформа системы психиатрической помощи началась в 2001 г., а в 2004 г. была пересмотрена. В 2005 г. вышли постановления, касающиеся паллиативной помощи. В Болгарии существует большой спрос на расширение услуг паллиативной помощи и хосписов.

Дальнейшие усилия по повышению эффективности распределения ресурсов могут быть направлены на оптимизацию структуры и организации системы здравоохранения. Наличие у различных органов и ведомств унифицированной информации о населении, инфраструктуре, состоянии здоровья и трудовых ресурсах, а также увеличение объема этой информации поможет вносить необходимые изменения в Национальную карту здоровья и отслеживать тенденции в области демографии, инфраструктуры и заболеваемости. Планируются реформы, направленные на создание новой единой базы данных, введение системы «Национальные счета здравоохранения» и электронных медицинских карт, что позволит совершенствовать процессы принятия решений и разработки политики здравоохранения.

Несмотря на достигнутые успехи в подготовке и планировании трудовых ресурсов, число врачей общей практики в стране значительно уступает числу врачей-специалистов. Кроме того, несмотря на то что число медсестер растет, Болгария является одной из стран с самой низкой обеспеченностью медсестрами и фармацевтами с самой высокой обеспеченностью стоматологами в Европе и Европейском регионе ВОЗ. В Болгарии наблюдаются значительные региональные диспропорции в обеспеченности населения медицинскими кадрами и ресурсами здравоохранения: в городских районах больше медицинских работников, чем в сельской местности, и там расположены лучшие медицинские учреждения. Работникам учреждений здравоохранения не хватает управленческой квалификации, коэффициенты средней занятости койки довольно низкие, а планирование объемов услуг и затрат осуществляется на ненадлежащем уровне (39).

Еще одной проблемой, решением которой занимается болгарское Правительство в последние годы, является обеспечение необходимого баланса между деятельностью государственного и частного секторов. Приватизационная реформа и развитие системы ДМС пока что идут недостаточно высокими темпами, хотя, по прогнозам специалистов, в ближайшие годы ситуация должна измениться к лучшему. Содействие развитию частного сектора может оказаться хорошим способом привлечения дополнительных средств в систему здравоохранения, обеспе-

чивая больницам большее финансирование. Укрепление системы ДМС позволит смягчить негативный эффект прямой оплаты медицинской помощи за счет личных средств граждан, так как страховые премии будут охватывать более широкие слои населения. ДМС также будет способствовать повышению качества предлагаемых медицинских услуг. Но для того чтобы этот сценарий воплотился в жизнь, Болгарии необходимо будет ввести надлежащие механизмы обеспечения доступности высококачественной медицинской помощи в условиях ускорения темпов приватизации и конкуренции на рынке.

Кодекс медицинского страхования 2007 г. призван содействовать согласованию законодательства, регулирующего государственный и частный сектора в здравоохранении, в частности, НФОМС и рынка ДМС. Оптимизация базовой программы медицинских услуг позволит НФОМС сократить затраты. К изменениям, которые должны способствовать развитию рынка ДМС, относятся сокращение повсеместного распространения неформальных платежей, введение большего количества налоговых стимулов, повышающих заинтересованность компаний в покупке полисов ДМС для своих сотрудников, и увеличение доходов населения Болгарии в целях повышения доступности ДМС.

## **Результативность системы здравоохранения**

Болгария добилась значительных успехов в проведении реформ по повышению подотчетности собственников медицинских учреждений. Этому способствовали такие методы, как введение рыночных механизмов в секторе амбулаторной помощи, совершенствование устойчивых механизмов финансирования и введение более строгой подотчетности в вопросах управления больничным долгом. Эти задачи были решены путем организации более строгого государственного контроля больничных долгов и расходов, увольнения не справляющихся со своими обязанностями директоров больниц и установления финансовой дисциплины. К мерам, направленным на повышение технико-экономической эффективности здравоохранения, относится также создание Главного налогового управления. Этот шаг был поддержан МВФ и Всемирным банком в целях содействия увеличению собираемости налогов и ведения мониторинга групп населения, имеющих право на медицинское страхование, но не пользующихся им. Однако операционные издержки системы медицинского страхования все еще остаются относительно высокими, поскольку в стране существуют проблемы с собираемостью налогов, которые связаны не только с отсутствием надлежащей инфраструктуры и управленческого потенциала, но и с наличием достаточно большого

неофициального сектора, высокой безработицы, а также с тем фактом, что значительная доля населения занимается торговлей сельскохозяйственной продукцией.

Необходимость поиска альтернативных источников государственных доходов послужила толчком и для других политических перемен. В частности, с 2007 г. взнос на ОМС повышен с 6 до 8% налогооблагаемого дохода. В этом же ключе составлена и Национальная стратегия здравоохранения на 2007–2012 гг., в которой основные усилия рекомендуется направить на укрепление дисциплины, создание механизмов эффективного распределения имеющихся финансовых средств и взыскание с работодателей просроченных платежей за медицинское обслуживание.

Следует отметить, однако, что большинство этих перемен преимущественно ориентировано на поиск альтернативных способов финансирования системы здравоохранения, а не на решение тех структурных проблем, с которыми сталкивается в настоящее время больничный сектор. С помощью увеличения финансирования такие проблемы решить невозможно. В результате большинство из упомянутых реформ привели к сокращению зарплат медицинских работников, низкому качеству медицинских услуг и увеличению финансового бремени взносов на ОМС, без реальных улучшений медицинского обслуживания. Кроме того, больницы не справились с решением таких вопросов, как оптимизация расходов, продажа неиспользуемых зданий, перепрофилирование и сокращение лишнего персонала. Из-за слабого контроля в системе здравоохранения (а порой и из-за его отсутствия), а также вследствие несбалансированности прав и обязанностей директоров больниц долги больниц неуклонно растут, причем руководство больниц хорошо понимает, что в конце каждого бюджетного года государство эти долги покрывает. Реформа не привнесла никаких стимулов для того, чтобы больницы были заинтересованы в эффективной работе, так как в конечном итоге они практически ни перед кем не отчитываются. Большинство долгов больниц представляют собой долги перед поставщиками – главным образом перед дистрибьюторами фармацевтической продукции.

Отсутствие стимулов для эффективного управления, слабый рынок и тот факт, что в торговом праве Болгарии не предусмотрена возможность банкротства учреждений здравоохранения, все еще создают условия для ненадлежащего распределения средств внутри больниц.

В 2005 г. совокупный долг медицинских учреждений составлял 156 млн левов (79,9 млн евро), из которых 72 млн левов (40,5 млн евро) подлежат оплате уже сейчас. Как уже говорилось выше, частично эта ситуация обусловлена слабым контролем или даже его отсутствием, а также отсутствием механизма подотчетности и управленческого опыта.

Другой причиной является несбалансированность прав и обязанностей директоров больниц. Несмотря на то что врачи и стоматологи принимают участие в подготовке и подписании Национального рамочного договора, в этих переговорах не учитываются интересы и затраты больниц. Кроме того, все больницы получают в качестве возмещения одну и ту же сумму на основании произведенного лечения, при этом не учитываются такие факторы, как качество услуг, затраты на них, тяжесть заболевания и/или срок службы и вид используемого диагностического медицинского оборудования. Как правило, это приводит к тому, что больницы, у которых затраты выше, оказываются в больших долгах, чем другие, в зависимости от затрат и/или числа обслуживаемых пациентов.

В Национальной стратегии здравоохранения на 2007–2012 гг. принята попытка решить эти проблемы с помощью следующих мероприятий: подключить к процессу подготовки проекта Национального рамочного договора союз, представляющий интересы пациентов, и группу, представляющую интересы медицинских учреждений; ввести систему финансирования больниц со стороны НФОМС на основе КСГ, в которой учитываются тяжесть заболевания, сопутствующая патология, качество финансового управления и контроля, инновационные технологии и минимизация объема инвазивных методов обследования и лечения; выделять средства, полученные от Министерства здравоохранения, на реализацию приоритетных национальных программ и/или разработанные больницами проекты по улучшению качества медицинских услуг.

Нынешние планы Болгарии по повышению технико-экономической эффективности здравоохранения являются четкими и комплексными по своему характеру. Они включают повышение роли врачей общей практики, выполняющих функцию «привратника» в системе здравоохранения, проведение регулярных проверок и осуществление непосредственного контроля за деятельностью больниц, максимально возможное сокращение административных затрат и проведение экспериментов по совершенствованию действующей смешанной системы финансирования первичной и специализированной амбулаторной помощи в сочетании с введением более значимых финансовых стимулов для организации профилактических мероприятий.

## **Качество медицинской помощи**

Как уже говорилось в предыдущих главах, качество медицинской помощи все еще остается одной из серьезнейших проблем болгарской системы здравоохранения. Кроме того, этот показатель очень трудно поддается

оценке, поскольку в стране отсутствует система мониторинга и управления качеством, которая бы включала соответствующие критерии и стандарты, механизм обеспечения качества, медицинские протоколы и/или общее представление об эталонном качестве медицинской помощи. В результате в Болгарии имеет место отставание в таких областях, как управление качеством, мониторинг потребляемых услуг, контроль расходов и борьба с мошенничеством.

Однако Болгария с самого начала процесса реформ стремится всемерно улучшать качество медицинской помощи. В этой связи был проведен целый ряд преобразований. В частности, введена система финансового стимулирования, на ведомства по контролю и мониторингу медицинской помощи возложен ряд новых функций, улучшилась подготовка медицинских кадров и специалистов смежных профессий.

В настоящее время оплата труда медицинских работников зависит от показателей их работы. Была также организована более качественная подготовка специалистов и введена система непрерывного медицинского образования, что соответствует нормам и стандартам ЕС. В Законе о здравоохранении 2004 г. предусматривается создание на уровне Министерства здравоохранения регистра медицинских работников и введение стандартов для определенных медицинских профессий. Кроме того, в Законе о здравоохранении указано, что на 28 региональных центров охраны здоровья возлагается расширенная ответственность по контролю медицинских специальностей. Однако в этой области необходимы дальнейшие преобразования, так как пока что действующие законы носят фрагментарный характер и нуждаются в постоянном уточнении.

Имеют место также различия в качестве медицинской помощи в городской и сельской местностях. В сельских районах из-за отсутствия действующих линий связи и оборудования, а также в связи с худшим техническим состоянием больниц качество медицинских услуг значительно ниже.

В целях повышения качества медицинской помощи будут проведены дальнейшие реформы, в том числе: распространение лицензирования на большее число специализированных медицинских услуг; создание независимого Агентства качества, которое будет разрабатывать национальные стандарты клинического ведения пациентов, проводить фармакоэкономический анализ и оценки медицинских технологий; предоставление пациентам возможности сообщать обо всем, что касается улучшений качества медицинского обслуживания, и опубликовывать свое мнение о системе здравоохранения. Однако содержание этих реформ пока еще находится в стадии обсуждения.

В 2003 г. был введен механизм аккредитации больниц, которой занимается Совет по аккредитации при Министерстве здравоохранения. Некоторые больницы уже получили международные сертификаты ISO 2001:2000. Однако эти инициативы оказались не очень успешными, так как в настоящее время в стране нет действующей системы вознаграждения медицинских учреждений за высокое качество услуг, поскольку система аккредитации не увязана с дифференциацией оплаты услуг больниц со стороны НФОМС. В определенных обстоятельствах это может снижать заинтересованность больниц в предоставлении пациентам услуг более высокого качества. С другой стороны, более четкая привязка финансовых стимулов к качеству оказываемых услуг может обеспечить большую заинтересованность больниц и более справедливое вознаграждение тех из них, которые оказывают лучшие услуги уже сейчас. Что касается поставщиков медицинских услуг, то наличие финансовых стимулов может способствовать тому, что они организуют соответствующие мероприятия по контролю качества, а также разработают критерии оценки качества предоставляемых ими услуг.

### **Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения**

Благодаря проведенным в конце 1990-х гг. реформам произошли значительные улучшения в секторе здравоохранения. Как уже говорилось, начиная с 2000-х гг. продолжительность жизни населения Болгарии увеличивается, а стандартизованные коэффициенты смертности и коэффициенты материнской и младенческой смертности – снижаются. Однако вопрос о том, в какой мере эти улучшения связаны с реформами сектора здравоохранения как таковыми, пока неясно, поскольку одновременно с этими реформами в стране произошел подъем в экономике и повысился уровень жизни. Большинство реформ пока находятся на начальном этапе, поэтому объективно оценить их влияние на состояние здоровья населения трудно. Кроме того, эти реформы нацелены на улучшение состояния здоровья населения в долгосрочной перспективе, так как предполагают совершенствование сектора первичной помощи, способствуют проведению мероприятий по профилактике заболеваний и укреплению здоровья, особенно в отношении детей и женщин репродуктивного возраста, и обеспечивают улучшение ухода за пожилыми людьми.

Несмотря на то что показатели состояния здоровья населения Болгарии пока ниже европейских показателей, но они улучшаются, и по многим показателям превзошли уровни, зафиксированные до начала переходного периода. Главным образом это связано с действующей

политикой в области здравоохранения, которая ориентирована на потребности населения. Предпринимаются усилия по повышению уровня информированности населения по вопросам ответственного отношения к собственному здоровью. Несмотря на то что потребление табака и алкоголя в Болгарии ниже среднеевропейских показателей, по сравнению со странами ЕС уровень инвалидности в Болгарии довольно высокий. Заболеваемость болезнями, характеризующимися высоким артериальным давлением, также велика, особенно среди молодежи; то же касается и ожирения. Все это позволяет предположить, что показатели здоровья населения могут улучшиться, если уделить больше внимания таким вопросам, как профилактика заболеваний и создание стимулов для ведения здорового образа жизни. На основании этой оценки можно заключить, что дальнейшие шаги реформы системы здравоохранения должны включать следующие аспекты:

- Всеобщий охват населения, что подразумевает, что каждый гражданин страны является частью системы здравоохранения, и все, кто нуждается в медицинской помощи, ее получают.
- Свобода выбора поставщика медицинских услуг и обеспечение права пациентов на выбор лечебного учреждения и лечащего врача в соответствии с собственными предпочтениями.
- Эффективность, подотчетность и обеспечение для общества максимально высоких результатов при соответствующем уровне ресурсов.

Для того чтобы реформы принесли более высокие результаты мероприятий по охране здоровья, необходимо обеспечить постоянную связь целей системы здравоохранения с достижениями в области улучшения здоровья населения. Болгария должна вести непрерывный мониторинг и оценку действенности проводимых в секторе здравоохранения программ и стратегий и развивать те из них, которые на практике доказали свою эффективность.

## 9. Заключение

До конца 1990-х годов болгарская система здравоохранения оставалась на задворках реформ государственного сектора. Казалось, что система поддерживает себя сама, и что в условиях катастрофического состояния болгарской экономики в стране есть более важные политические приоритеты. Из-за многочисленных смен правительства и отсутствия политической воли к проведению радикальных реформ до 1997 г. в стране практически ничего не менялось, пока неминуемый крах системы здравоохранения не стал очевиден.

Население несло колоссальное бремя нерегулируемых платежей, и в стране стал появляться теневой рынок медицинских услуг. В годы экономического кризиса был принят поэтапный подход к проведению реформ. Министерство здравоохранения приняло стратегию реформ, основанную на принципах справедливости, экономической эффективности и качества медицинского обслуживания. После 1992 г. был собран огромный объем информации, а от международных доноров получена значительная консультативная и финансовая помощь. Для практической реализации реформ ведется соответствующая подготовка медицинских, административных и парамедицинских кадров. В системе здравоохранения страны стали применяться незнакомые прежде концепции – врач общей практики, медицинское страхование, формирование здорового образа жизни, планирование семьи, и в этих областях достигнуты большие успехи.

Первым шагом было принятие Закона о медицинском страховании 1998 г. Затем в 1998 г. были восстановлены профессиональные организации врачей и стоматологов (врачебная палата). Третьим оплотом реформ стал Закон об учреждениях здравоохранения 1999 г., в котором были оговорены изменения структуры системы здравоохранения. Все эти законы заложили основу для радикальных преобразований механизмов финан-

сирования и оказания услуг в системе здравоохранения, которые были произведены в течение относительно короткого промежутка времени.

Нет сомнений, что реформы проводятся как раз в тот период, когда есть возможность значительно повысить эффективность функционирования системы здравоохранения. Признаки этой тенденции можно наблюдать уже сейчас: значительно сократился коечный фонд больниц, что способствовало экономии затрат. Вероятно, в ближайшем будущем ситуация также будет улучшаться. Кроме того, ожидается, что новая система финансирования здравоохранения, основанная на страховом принципе, обеспечит повышение эффективности и будет способствовать мобилизации средств на здравоохранение. Ускорить этот процесс помогут новые методы оплаты услуг больниц, в том числе базирующиеся на применении клинических алгоритмов с учетом объема оказанных услуг.

Пациенты получили право выбора врача общей практики (семейного врача). Это один из аспектов реформы, который встретил одобрение со стороны населения; правда, механизм получения медицинской помощи более высокого уровня строго по направлению врача вызвал определенное сопротивление, так как он ограничивает выбор пациента. Благодаря расширению сектора частных медицинских услуг был расширен и потребительский выбор. По всей вероятности, отсутствие доступной по цене медицинской помощи крайне негативно сказывается на доступности медицинской и медикаментозной помощи. Этот вопрос требует самого серьезного внимания, особенно применительно к социально уязвимым группам населения. Кроме того, некоторые из этих групп с большой вероятностью так и останутся неохваченными системой ОМС.

Поскольку процесс реформ здравоохранения продолжается, чрезвычайно важно, чтобы цели системы здравоохранения всегда были увязаны с достижениями в области улучшения здоровья населения. Пока реформы находятся на начальном этапе, оценить их влияние на состояние здоровья населения трудно, так как они рассчитаны на долгосрочную перспективу.

И хотя в стране, вероятно, найдутся те, кто испытывает некоторую ностальгию по прежним временам, «когда здравоохранение было бесплатным», сейчас уже практически повсеместно признается, что реформы необходимы, и процесс этот необратим. Несмотря на то что в основе прежней системы лежала, вообще говоря, «хорошая идея», для ее успешной реализации не было ни финансовых, ни технических ресурсов. Для того чтобы заручиться большей поддержкой общества при проведении реформ, необходимо, чтобы правительство сосредоточило свои усилия на совершенствовании тех изменений, которые были произведены в последние годы, и обеспечении более высокого качества медицинской помощи.

## 10. Приложения

### 10.1. Библиография

1. Koulaksazov S et al. *Health care systems in transition: Bulgaria*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Care Systems, 2003.
2. National Statistical Institute. *Statistical yearbook: 2005*. Sofia, NSI, 2006.
3. National Statistical Institute. *Census 2001 final results*. Sofia, NSI, 2001 ([http://www.nsi.bg/Census\\_e/Census\\_e.htm](http://www.nsi.bg/Census_e/Census_e.htm)).
4. World Bank. *World Bank development indicators*. Washington, DC, World Bank, 2006.
5. UNICEF. TransMONEE 2006 Database. Florence, UNICEF IRC.
6. Economist Intelligence Unit. *Country report: Bulgaria*. London, EIU, 2006.
7. United Nations Development Programme. *Draft country programme document for Bulgaria (2006–2009)*. New York, UNDP, 2005.
8. World Bank. *Bulgaria: poverty assessment*. Washington, DC, World Bank, 2002.
9. Commission of the European Communities. *Monitoring report on the state of preparedness for EU membership of Bulgaria and Romania*. (Communication from the Commission.) Brussels, Commission of the European Communities, 2006.
10. Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех», Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (данные на июнь).

11. United Nations Development Programme. *Strategic framework of the action plan for reducing poverty*. Washington, DC, UNDP, 2003 (in Bulgarian).
12. National Center of Health Informatics. *Public health statistics*. Sofia, NCHI, 2005.
13. Ministry of Health. *Annual report 2005*. Sofia, Ministry of Health of Bulgaria, 2006.
14. Pharmaceuticals and Human Medicine Pharmacies Act, 1995, amended 38/3 April 1998, 30/2 April 1999, 59/21 July 2000, 41/ 24 April 2001, 120/29 December 2002, 56/20 June 2003.
15. Act on the Professional Organizations of Physicians and Dentists, 1998.
16. Health Care Establishment Act, 1999. *State Gazette*, No. 62/1999. Amended *State Gazette*, No. 113/1999; 36/2000; 65/2000; 108/2000; 51/2001; 28/2002; 62/2001.
17. Health Insurance Act, 1998. *State Gazette*, No. 70/1998. Amended *State Gazette*, No. 93/1998; 153/1998; 62/1999; 65/1999; 67/1999; 69/1999; 110/1999; 113/1999; SG 1/2000; 64/2000; 41/2001; 1/2002; 54/2002, 74/2002, 107/2002, 8/2003.
18. Datzova B. *Health care reform and inequality of access to healthcare in Bulgaria*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2003.
19. National Framework Contract. *State Gazette*, No. 42/2000 and later editions of 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 and draft of 2006.
20. Health Act, 2004. *State Gazette*, No. 88/06.11.1973. Amended *State Gazette*, No. 92/1973; 63/1976; 28/1983; 66/1985; 27/1986; 89/1988; 87 and 99/1989; 15 and 24/1991; 64/1993; 31/1994 and 36/1995.
21. National Health Insurance Fund. Annual Activity Report 2004. Sofia, NHIF, 2005.
22. Sova Harris. *Position of the professional society and of the adult population on the healthcare reform in Bulgaria (hospital and prehospital treatment)*. Sofia, Sova Harris, 2003.
23. Georgieva L et al. *Position of the professional society and of the adult population on the healthcare reform in Bulgaria*. Sofia, Conference «Hospital and pre-hospital treatment», April–May 2003 (PowerPoint presentation).
24. World Health Organization. *World health report 2006: Working together for health*. Geneva, WHO, 2006.

25. Ministry of Health. *Annual report 2004*. Sofia, Ministry of Health of Bulgaria, 2005.
26. Ministry of Health. *Annual report 2003*. Sofia, Ministry of Health of Bulgaria, 2004.
27. Ministry of Finance. *Draft State Budget Act for 2007*. Sofia, Ministry of Finance of Bulgaria, 2006.
28. World Bank. *Bulgaria public finance policy review: leveraging EU funds for productivity and growth*. Poverty Reduction and Economic Management Unit Europe and Central Asian Region, 2006.
29. National Health Insurance Fund. *Annual Activity Report 2005*. Sofia, NHIF, 2006.
30. Financial Supervision Commission. *Annual Activities Report 2004*. Sofia, Financial Supervision Commission, 2005.
31. Delcheva E, Balabanova D, McKee M. Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Policy* 1997; 42:89–100.
32. Delcheva E. What do consumers pay for Bulgarian health care? *Journal of Health Economics* 1999; 4:18–35.
33. Daskalova N et al. *Health care reforms and privatization – social and economic consequences. Case of Bulgaria*. Sofia, Institute for Social and Trade Union Research, 2005.
34. National Health Insurance Fund Act on the 2003 NHIF Budget. *State Gazette*, No. 119/2002.
35. National Framework Contract. *State Gazette*, No. 42/2000. Edition of 2004–2005.
36. Popov M. *Organization and management of Health Insurance Funds*. Varna, STENO Publishing House, 2005.
37. Economist Intelligence Unit. *Country profile: Bulgaria*. London, EIU, 2006.
38. Bulgarian Drug Agency. *Annual Activity Report 2005*. Sofia, Bulgarian Drug Agency, 2005.
39. Ministry of Finance of Bulgaria. *Health sector analysis*. Part 2. Sofia, Ministry of Finance, 2005.
40. National Health Insurance Fund. Act on the 2005 NHIF Budget. *State Gazette*, No.115, 2004.
41. Popova P. *Social dialogue in the public emergency services in a changing environment (Bulgaria)*. Geneva, International Labour Organization, 2004 (Sectoral Activities Programme Working Paper, WP 214).

42. Salchev P. Results and conclusions from the implemented new approach and method of determining hospital subsidies. *Journal on Health Economics and Management* 2004; 4(14):3–9.
43. Hayes O, Novkov H. Emergency health services in Bulgaria. *American Journal of Emergency Medicine* 2002; 20(2):122–125.
44. Davidson R. Gwatkin. Are free government health services the best way to reach the poor? Washington, DC, World Bank, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, September 2004.
45. Balabanova D, McKee M. Access to healthcare in a system of transition: The case of Bulgaria. *International Journal of Health Planning and Management* 2002; 17:377–395.

## **10.2. Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»**

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Эти обзоры разрабатываются в едином формате, который периодически пересматривается. Он содержит подробные рекомендации, конкретные вопросы, определения, примеры и источники данных, необходимые для составления обзора. Формат обзора включает полный набор вопросов, но использовать его следует гибко – так, чтобы авторы и редакторы обзора могли приспособить его к конкретным особенностям каждой отдельной страны. С последней версией формата можно ознакомиться по адресу в Интернете: [http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020525\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020525_1).

При подготовке обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» его авторы используют самые разные источники: данные национальной статистики, региональные и национальные программные документы, книги, научные работы. Кроме того, могут использоваться также международные источники – например, базы данных Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирного банка. В базе данных ОЭСР содержится 1200 показателей по 30 странам – членам ОЭСР. Данные собирают на основании информации национальных бюро статистики и министерств здравоохранения.

Всемирный банк предоставляет «Индикаторы мирового развития», которые также основаны на официальных источниках.

К информации и данным, полученным от местных экспертов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения добавляет количественные данные, которые представляют собой совокупность стандартных сравнительных показателей по каждой стране, взятых из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (HFA). В базе данных «Здоровье для всех» содержится более 600 показателей, установленных Европейским региональным бюро ВОЗ в целях мониторинга программы «Здоровье для всех» в Европе. Эта база данных обновляется дважды в год на основании сведений из различных источников – главным образом официальных данных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартные данные из базы «Здоровье для всех» официально одобрены национальными правительствами. С лета 2004 г. в базу данных «Здоровье для всех» включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входили 25 стран.

Авторам обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» рекомендуется подробно обсуждать содержащиеся в этом тексте сведения, в особенности в случае расхождений данных, полученных из различных источников.

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 10 глав:

1. **Введение.** Содержит описание общей ситуации в стране, включая географию и социодемографию, экономический и политический контексты, а также состояние здоровья населения.
2. **Организационная структура.** Эта глава дает представление о том, как организована система здравоохранения страны, и содержит описание ее основных участников и их полномочий, касающихся принятия решений. Кроме того, в данной главе приводится историческая справка о развитии системы здравоохранения и описываются права и возможности пациентов, касающиеся получения информации, прав, выбора, процедур обжалования, безопасности и вовлеченности в деятельность системы здравоохранения.
3. **Финансирование.** Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы обеспечиваются населению, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как

собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.

4. **Регулирование и планирование.** В этой главе рассматривается процесс разработки политики в области здравоохранения и установления целей и приоритетов; анализируются вопросы взаимоотношений между ведомствами, при этом особое внимание уделяется их роли в регулировании и тому, что является предметом регулирования; описывается процесс оценки медицинских технологий, а также научно-исследовательская работа.
5. **Материальные и человеческие ресурсы.** В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения инфраструктуры и фондов, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад человеческих ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.
6. **Предоставление услуг.** В этой главе основное внимание уделяется потокам пациентов, организации и оказанию услуг, аспектам общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи и вторичной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, фармацевтической помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативному уходу, психиатрической помощи, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию особых групп населения.
7. **Основные реформы в области здравоохранения.** Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение.
8. **Оценка системы здравоохранения.** В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системе распределения выгод и затрат среди населения, эффективности распределения ресурсов, эффективности оказания медицинских услуг, их качества, а также вклада системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения.
9. **Заключение.** Содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
10. **Приложения.** Библиография, полезные ссылки и ссылки на законодательство.

Подготовка обзора «Системы здравоохранения: время перемен» представляет собой довольно сложный процесс. Он включает следующие этапы:

- Составление и редактирование обзора. Зачастую для этого требуется несколько «итераций».
- Передача обзора на рассмотрение международных (национальных) экспертов и в Министерство здравоохранения страны. Авторы обзора должны принять к сведению замечания Министерства здравоохранения, но не обязаны включать их в окончательную редакцию обзора.
- Передача обзора на рассмотрение редакторов и международной многопрофильной редакционной коллегии.
- Подготовка окончательной редакции обзора, включая этапы технического редактирования и набора текста.
- Распространение (распечатка, публикация в электронном формате, переводы и издание). Редактор обзора оказывает его авторам всестороннюю поддержку на протяжении всего процесса подготовки и, находясь с ними в постоянном контакте, обеспечивает, чтобы все этапы этого процесса проходили максимально гладко и эффективно.

## Обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

### Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

**К**аждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ — тех, которые уже реализуются, и тех, которые находятся в стадии разработки. Цель составления этих обзоров заключается в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения и разработки реформ в странах Европейского региона и за его пределами. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;

- четко описать содержание, процессы подготовки и реализации программ реформ систем здравоохранения;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам стран Европейского региона ВОЗ возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

### Как получить обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory), где можно также подписаться на нашу ежемесячную рассылку новостей о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в том числе на новые обзоры серии «Системы здра-

вохранения: время перемен», издания, выпускаемые нами совместно с издательством Open University Press, краткие рекомендации по выработке политики, газету EuroObserver и журнал Eurohealth. Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу **info@obs.euro.who.int**.



## Опубликованные в настоящее время обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Австралия (2001, 2006)  
Австрия (2001<sup>е</sup>, 2006<sup>е</sup>)  
Азербайджан (2004<sup>д</sup>)  
Албания (1999, 2002 <sup>а,д</sup>)  
Андорра (2004)  
Армения (2001<sup>д</sup>, 2006<sup>к</sup>)  
Бельгия (2000)  
Болгария (1999, 2003<sup>в</sup>, 2007)  
Босния и Герцеговина (2002<sup>д</sup>)  
Бывшая Югославская Республика Македония (2000)  
Венгрия (1999, 2004)  
Германия (2000<sup>е</sup>, 2004<sup>е,д</sup>)  
Грузия (2002<sup>д,д</sup>)  
Дания (2001)  
Израиль (2003)  
Исландия (2003)  
Испания (2000<sup>в</sup>)  
Италия (2001)  
Казахстан (1999<sup>д</sup>)  
Канада (2005)  
Кипр (2004)  
Кыргызстан (2000<sup>д</sup>, 2005<sup>д</sup>)  
Латвия (2001)  
Литва (2000)  
Люксембург (1999)  
Мальта (1999)  
Нидерланды (2004<sup>д</sup>)  
Новая Зеландия (2001)  
Норвегия (2000, 2006)  
Польша (1999, 2005<sup>г</sup>)  
Португалия (1999, 2004)  
Республика Молдова (2002<sup>д</sup>)  
Российская Федерация (2003<sup>д</sup>)  
Румыния (2000<sup>г</sup>)  
Словакия (2000, 2004)  
Словения (2002)  
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (1999<sup>д</sup>)  
Таджикистан (2000)  
Туркменистан (2000)  
Турция (2002<sup>д,г</sup>)  
Узбекистан (2001<sup>д</sup>)  
Украина (2004<sup>д</sup>)  
Финляндия (2002)  
Франция (2004 <sup>с,д</sup>)  
Хорватия (1999, 2006)  
Чешская Республика (2000, 2005<sup>д</sup>)  
Швейцария (2000)  
Швеция (2001, 2005)  
Эстония (2000, 2004<sup>д,г</sup>)

### Ключи

Все обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны на английском языке. В тех случаях, когда это указано, они доступны также на других языках:

<sup>а</sup>албанский  
<sup>б</sup>болгарский  
<sup>с</sup>французский  
<sup>д</sup>грузинский  
<sup>е</sup>немецкий  
<sup>г</sup>румынский  
<sup>д</sup>русский  
<sup>в</sup>испанский  
<sup>ж</sup>турецкий  
<sup>з</sup>эстонский  
<sup>к</sup>армянский  
<sup>л</sup>польский













