

Реферат обзора

Болгария

Основные положения

Введение

Болгария – государство в Юго-Восточной Европе, расположенное в восточной части Балканского полуострова. Страна занимает площадь порядка 111 000 км². В 2009 году численность населения составила 7,6 млн человек. Болгария – демократическая республика с выборным парламентом, многопартийной системой и свободными выборами. За последние 20 лет демография страны характеризовалась снижением численности населения, низким общим коэффициентом рождаемости, низким коэффициентом фертильности, высоким уровнем смертности и старением населения. Стабильная политическая ситуация в начале 2000-х годов и экономический подъем в середине 2000-х годов стали важными факторами, повлиявшими на незначительное повышение коэффициентов рождаемости и фертильности и незначительное снижение уровня смертности. В 2008 году показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении составил 73,3 года. В целом средние показатели смертности и заболеваемости в Болгарии выше средних аналогичных показателей по ЕС. В 2009 году в Болгарии тремя основными причинами смерти были болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования и болезни органов дыхания. Несмотря на то, что за последние 10 лет было отмечено снижение показателей младенческой смертности и смертности детей в возрасте до 5 лет на 5–6% ежегодно, данные показатели все еще отстают от средних аналогичных показателей по ЕС-12 и ЕС-27, а темпы улучшения показателей значительно варьируют в зависимости от типа смертности. Одним из самых значимых факторов риска

в целом является курение. Таким образом, в 2008 году средний стандартизованный коэффициент смертности по причинам смертности, вызванным курением, был в два раза выше аналогичного среднего показателя в странах ЕС-15.

Организационная структура и управление

Министерство здравоохранения несет ответственность за формирование национальной политики в области здравоохранения и за организацию и функционирование системы здравоохранения в целом, а также за организацию взаимодействия с другими министерствами, связанными с сектором здравоохранения. Принятие Закона о медицинском страховании (1998) в Болгарии способствовало преобразованию имеющейся системы здравоохранения в систему, основанную на принципах медицинского страхования и включающую ОМС и ДМС. Основными участниками болгарской системы страхования выступают застрахованные лица, поставщики медицинских услуг, плательщики третьей стороны, включая Национальный фонд медицинского страхования, единого плательщика в системе социального медицинского страхования и компании, предоставляющие ДМС. В рамках системы страхования предоставляется лабораторно-диагностические, лечебные и реабилитационные услуги, а также лекарственные средства для застрахованных лиц. Министерство здравоохранения несет ответственность за предоставление и финансирование служб общественного здравоохранения, скорой медицинской помощи, трансплантации органов, переливания крови, лечения туберкулеза и организацию охраны психического здоровья в условиях стационара. В ведении

Министерства также находится планирование и комплектация кадровых ресурсов системы здравоохранения, развитие медицинской науки, сбор и хранение данных о состоянии здоровья населения и о национальных счетах здравоохранения. Качество и надежность обрабатываемых данных ухудшились после внедрения системы медицинского страхования. Поставщики медицинских услуг являются независимыми самоуправляемыми организациями. Частный сектор охватывает ПМСП, стоматологическую помощь, медикаментозную помощь, большую часть специализированной амбулаторной помощи, а также ряд больниц. Государству принадлежат больницы при университетах, национальные медицинские центры, специализированные больницы национального уровня, центры скорой медицинской помощи, психиатрические лечебницы, центры переливания крови и диализа, равно как и 51% капитала региональных больниц.

Финансирование

Система финансирования сектора здравоохранения Болгарии является комбинированной государственно-частной системой. Система здравоохранения финансируется из взносов на ОМС, средств налогообложения, личных платежей граждан, взносов на ДМС, корпоративных платежей, пожертвований и внешних источников. Общие расходы на здравоохранение выросли с 5,3% от ВВП в 1995 году до 7,3% от ВВП в 2008 году. Структура общих расходов на здравоохранение с течением времени изменилась и характеризуется повышением частных расходов за счет государственного финансирования. В 2008 году общие расходы на здравоохранение включали: личные платежи граждан – 36,5%, социальное медицинское страхование – 34,8%, расходы Министерства здравоохранения – 13,6%, расходы муниципалитетов – 9,4%, ДМС – 0,3%. Вместе с тем государственные источники финансирования в целом преобладают над частными. В 2008 году доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение составила 57,8%, а частных расходов – 42,2%.

Основным покупателем медицинских услуг выступает Национальный фонд медицинского страхования. Ставка взноса на социальное медицинское страхование составляет 8% от ежемесячного дохода, выплачиваемого застрахованным лицом, работодателем или государством. Национальный фонд медицинского страхования взаимодействует с поставщиками медицинских услуг на основе договорных отношений. Национальный фонд медицинского страхования заключает с профессиональными ассоциациями врачей и стоматологов «Договор о соблюдении национального стандарта», который регулирует формат и оперативные процедуры системы ОМС. На основе данного Договора поставщики медицинских услуг самостоятельно заключают договоры с региональными отделениями Национального фонда медицинского страхования. В основном средства поставщикам медицинских услуг выделяют предварительно за оказываемые прикрепленному населению услуги на платной основе или исходя из подушевого норматива. Услуги общественного здравоохранения и медицинские услуги, оказываемые национальными центрами скорой медицинской помощи, государственными психиатрическими лечебницами, а также оказание медицинской и социальной помощи в детских домах финансируется Министерством здравоохранения.

Частные расходы на здравоохранение в Болгарии включают личные платежи граждан, взносы на ДМС, а также платежи некоммерческих и коммерческих организаций. Доля формальных личных платежей граждан (платные услуги и прямые платежи) составила более 86% всех частных расходов на здравоохранение в 2008 году. Посещение врача, стоматолога, лабораторно-диагностические исследования, а также стационарная помощь предоставляются всем пациентам на платной основе за редким исключением. Неформальные платежи в секторе здравоохранения составляют значительную часть всех личных платежей граждан (47,1% в 2006 году). ДМС предоставляют акционерные коммерческие организации, созданные для ведения деятельности исключительно по ДМС. Помимо льготного пакета, предоставляемого Национальным фондом медицинского

страхования, все граждане имеют право заключать различные страховые договоры. Компании, предоставляющие ДМС, могут также покрывать расходы на медицинские услуги, включенные в основной льготный пакет, гарантированный бюджетом Национального фонда медицинского страхования. Организационные отношения между покупателями и поставщиками в области ДМС основаны на интегрированной модели и механизме возмещения затрат. В 2010 году менее 3% населения приобрели ДМС в том или ином виде.

Материальные и кадровые ресурсы

В Болгарии планирование амбулаторно-поликлинических учреждений исходит из территориального принципа. Инвестирование в государственные и муниципальные медицинские учреждения производится из средств, приходящихся на государственную или муниципальную долю капитала учреждений. Муниципальное финансирование местных больниц по таким статьям, как инвестирование в новые учреждения и эксплуатационные расходы, демонстрировало тенденцию к снижению. Министерство здравоохранения предлагает различные программы по инвестированию в медицинскую инфраструктуру, которыми могут воспользоваться медицинские учреждения. Недостатки в организации ПМСП, неравное территориальное распределение врачей общей практики и отсутствие стимулов для создания медицинских практик первичного и вторичного звена привело к повышенному использованию специализированной помощи и возрослому уровню госпитализации. Число коек в больницах краткосрочного лечения на душу населения в Болгарии выше аналогичного среднего показателя по ЕС-27, а показатель средней продолжительности пребывания в стационаре незначительно ниже аналогичного среднего показателя по ЕС-27 и ЕС-15. По обоим показателям наблюдается тенденция к снижению.

В первом квартале 2009 года доля медицинских сотрудников от общего числа занятого населения составила 4,9%. По сравнению с другими странами относительное число врачей и стоматологов является особенно высоким, но относительное число медицинских сестер остается значительно ниже аналогичного среднего показателя по ЕС-15, ЕС-12 и ЕС-27. В Болгарии отмечен рост мобильности медицинских работников, в основном по причине развития технологий, доступной инфраструктуры транспорта и коммуникаций. Миграция медицинских работников стала серьезной проблемой, поскольку за первые 9 месяцев с начала 2010 года страну покинули более 340 врачей и 500 медицинских сестер. Медицинское образование предоставляют 4 медицинских университета, а также 2 медицинских факультета в других университетах, в то же время подготовку младшего медицинского персонала осуществляют в 10 медицинских колледжах. Совет министров определяет требования для получения лицами как степени высшего учебного заведения, так и специализаций. Министерство здравоохранения утверждает перечень медицинских специальностей в области предоставления медицинских услуг и предполагает обязательное прохождение государственной аттестации, проводимой в Софии Государственной аттестационной комиссией. Организация обучения и аттестация в области непрерывного медицинского образования осуществляется Профессиональными ассоциациями в соответствии с Законом о здравоохранении.

Предоставление медицинских услуг

Медицинские услуги предоставляются сетью различных поставщиков медицинских услуг, функционирующих в частном и государственном секторах. Службы общественного здравоохранения обеспечивает государство, а организация их деятельности и надзор за исполнением находятся в ведении Министерства здравоохранения. Закон об

основах охраны здоровья граждан вводит разграничение понятий амбулаторной и стационарной помощи. Врач общей практики выполняет ключевую роль в секторе ПМСП, а также обладает контролирующей функцией по направлению пациентов на уровень специализированной амбулаторной и стационарной помощи. В Болгарии число врачей общей практики постепенно уменьшается, а их территориальное распределение не соответствует потребностям населения. Амбулаторную помощь также оказывают специализированные амбулаторно-поликлинические учреждения, включая индивидуальные и групповые практики, медицинские центры, медицинские стоматологические центры, медицинские консультативно-диагностические центры, независимые медицинские диагностические и технические лаборатории. Вышеперечисленные учреждения являются автономными медицинскими учреждениями, большая часть которых вступает в договорные отношения с Национальным фондом медицинского страхования. Все амбулаторно-поликлинические учреждения первичного звена, а также большинство вторичного звена, принадлежат частному сектору. Стационарная помощь предоставляется в основном сетью государственных и частных больниц, представленных многопрофильными и специализированными больницами. В стране также существуют другие стационарные учреждения, такие как многопрофильные онкологические центры, дермато-венерологические центры и хосписы. Относительно высокий уровень госпитализации свидетельствует о недостаточно эффективном использовании амбулаторно-поликлинического сектора и об отсутствии интеграции и взаимодействия различных служб на разных уровнях системы. Реформы системы здравоохранения после 1989 года были преимущественно направлены на амбулаторную помощь, а реструктуризация стационарного сектора все еще находится на повестке дня правительства. Таким образом, в системе одновременно представлены как избыточность коечного фонда в больницах краткосрочного лечения, так и недостаток долговременной и реабилитационной помощи.

Долговременная помощь в целом требует дальнейшего развития в отношении как организации услуг по месту жительства, так и стационарной помощи, оказываемой специализированными больницами. Учреждения по оказанию стационарной психиатрической помощи включают специализированные психиатрические лечебницы, психиатрические центры, палаты для психиатрических больных в многофункциональных больницах, а также ряд интернатов для людей с психиатрическими расстройствами. В 2001 году была проведена реформа в области охраны психического здоровья граждан, направленная на улучшение амбулаторной помощи и организации услуг по месту жительства, а также на усиление роли семьи и социальной среды в предоставлении данного вида помощи. Несмотря на предпринимаемые попытки в отношении деинституализации больных, страдающих психическими расстройствами, уровень госпитализации в последнее время вырос. Региональные центры скорой медицинской помощи и палаты скорой медицинской помощи в больницах представляют собой основные единицы по организации скорой медицинской помощи. Неотложная медицинская помощь также оказывается врачами общей практики. Основными трудностями в данной области являются нехватка медицинских работников и отсутствие медицинского оборудования.

Основные реформы здравоохранения

С 1989 года реформа системы здравоохранения была проведена в три этапа. Первый этап (1989–1996) был отмечен отказом от государственной монополии в системе здравоохранения, созданием децентрализованной системы администрирования здравоохранения, а также возникла идея ввести систему медицинского страхования. На втором этапе (1997–2001) была внедрена новая система медицинского страхования посредством принятия фундаментальных законов по медицинскому страхованию, учреждениям здравоохранения и деятельности

профессиональных ассоциаций врачей и стоматологов. На третьем этапе (2002–настоящее время) был завершен процесс формирования нормативно-правовой базы реформы здравоохранения после принятия новых законов, а также поправок и дополнений к существующим нормативным правовым актам. Усилия правительства на третьем этапе были направлены на уменьшение числа лиц без социального медицинского страхования, а также на обеспечение финансовой стабильности системы (в основном за счет повышения ставки страхового взноса с 6% до 8%). Однако предпринимаемые усилия не привели к желаемым результатам, а две основные задачи, поставленные в начале процесса реформирования в 1990 году и включающие улучшение состояния здоровья населения и создание системы здравоохранения, которая отвечала бы потребностям населения и исходила из принципов демократии и конкуренции, все еще не достигнуты.

Оценка системы здравоохранения

Улучшение показателей состояния здоровья населения оставляет желать лучшего, при этом основные показатели значительно ниже аналогичных средних показателей по ЕС. Граждане страны, равно как и медицинские работники, недовольны системой здравоохранения. Основные принципы, на которых предполагалось строительство новой системы, не были соблюдены. Несмотря на то, что расходы на здравоохранение выросли почти в три раза после внедрения медицинского страхования, система здравоохранения продолжает существовать в условиях нехватки финансовых ресурсов и значительного неравенства по уровням системы. Механизм финансовой защиты не срабатывает, а распределение финансовой нагрузки по системе не является равномерным. Достижение справедливости в системе здравоохранения представляет собой трудность не только

из-за разницы в потребностях в медицинском обслуживании, но и в силу социально-экономических и территориальных различий. Медицинские услуги, оказываемые населению, значительно варьируют по качеству и доступности в разных регионах страны. Бедность представляет собой существенный барьер в доступе к медицинской помощи, особенно в системе, которая в большей степени полагается на формальные и неформальные личные платежи граждан.

Заключение

С учетом того, что социальный показатель и показатель условий жизни остаются достаточно низкими, основная трудность состоит в том, чтобы догнать по данным показателям другие страны ЕС. Необходимость дальнейшего реформирования кажется еще более насущной, чем в начале 1990-х годов. Основная трудность заключается в улучшении состояния здоровья населения. В рамках Национальной стратегии здравоохранения на 2008–2013 годы предполагается внедрение ряда национальных целевых программ, направленных на организацию лечения и профилактики социально значимых заболеваний, повышение осведомленности населения о здоровом образе жизни и улучшение сети государственных медицинских учреждений. Вместе с тем самой большой трудностью в данной области является осуществление систематического мониторинга и внесения данных о состоянии здоровья населения с целью повышения контроля над предотвратимой смертностью. Успех также зависит от повышения конкурентности и проведения структурных реформ, в особенности в системе здравоохранения, с целью стимулирования роста. Для достижения стабильности в реализации процессов реформ политика в области здравоохранения должна быть утверждена большинством голосов Народного собрания и всем электоратом.