



Реферат обзора

Болгария

Введение

География, экономика и политика

Болгария расположена в Юго-Восточной Европе, на востоке Балканского полуострова. Политическое устройство – многопартийная парламентская демократия, высший орган законодательной власти – Парламент (Народное собрание). Президентом страны в настоящее время является Георгий Парванов. В Болгарии действует около 250 политических партий, самыми крупными из которых являются Болгарская социалистическая партия, Национальное движение Симеон Второй, Движение за права и свободы и Союз демократических сил. Численность населения в 2005 г. составляла 7.7 млн человек, но в настоящее время численность населения снижается (1). Принятие в 1991 г. новой конституции положило начало процессу введения в стране демократической формы правления. Благодаря реформам здравоохранения 90-х годов произошли значительные перемены в области организации, финансирования и оказания медицинской помощи; установился новый тип отношений между потребителями,плательщиками и поставщиками медицинских услуг. Как и Румыния, в январе 2007 г. Болгария вступила в Европейский Союз (ЕС).

Состояние здоровья населения

По мере ухудшения экономической ситуации в стране ухудшалось и состояние здоровья населения. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в начале 90-х годов и в течение переходного периода сокращалась; в 1997 г. она снизилась до 70.28 года, однако в 2004 г. снова возросла до 72.6 года. Несмотря на значительное снижение смертности после 1990 г., в Болгарии этот показатель остается одним из

самых высоких среди стран ЕС. Смертность от болезней системы кровообращения возросла и в 2005 г. составила 66.1% в общей структуре смертности. Следующими по распространенности причинами смерти являются новообразования и травмы. Младенческая смертность превышает средние показатели по ЕС-10 и ЕС-15 (страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г. и в период между маем 2004 г. и январем 2007 г., соответственно), в 2004 г. она составила 11.6 случаев на 1000 живорожденных, что более чем вдвое превышает средний показатель по ЕС-25 (2).

Организационная структура

Историческая справка

До переходного периода, который начался в первой половине 90-х годов, система здравоохранения Болгарии была построена на основе советской модели Н.А.Семашко и финансировалась из бюджета (за счет налогов). Финансирование и предоставление услуг производились в рамках интегрированной централизованной иерархической государственной организации, главная цель которой заключалась в обеспечении бесплатного до-

Европейская обсерватория
по системам и политике здравоохранения
Европейское региональное бюро ВОЗ
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen
Denmark
Телефон: +45 39 7 7 7
Факс: +45 39 7 8 8
Электронная почта: info@obs.euro.who.int
Сайт в интернете: www.euro.who.int/observatory

ступа всем гражданам к комплексному медицинскому обслуживанию. Система здравоохранения была ориентирована преимущественно на предложение, без учета реальных потребностей населения в медицинской помощи. Основное внимание уделялось лечению в стационарах.

Организационная структура и децентрализация

До реформ 90-х годов организационная структура, принятие решений и финансирование системы здравоохранения были централизованными. После реформ произошла реорганизация и децентрализация основных функций. Министерство здравоохранения и его 28 децентрализованных региональных центров охраны здоровья занимаются разработкой и реализацией комплексной национальной политики и национальных программ в области здравоохранения, определением целей и приоритетов системы здравоохранения, разработкой проектов законодательства, а также планированием и надзором за проведением структурных реформ. Министерство здравоохранения отвечает также за функционирование службы скорой помощи и служб санитарно-эпидемиологического надзора на всей территории страны, владеет и управляет рядом национальных научно-исследовательских центров, занимается регистрацией частных учреждений здравоохранения, а также руководит работой Исполнительного агентства по лекарствам, в ведении которого находится регистрация лекарственных средств и контроль за деятельностью фармацевтического рынка страны.

После перехода к демократической форме правления болгарская система здравоохранения перешла на обязательное медицинское страхование (ОМС), финансируемое за счет обязательных взносов от фонда заработной платы. Был создан полуавтономный орган – Национальный фонд обязательного медицинского страхования (НФОМС), который занимается сбором и распределением средств и финансированием поставщиков медицинских услуг. Операционная деятельность Фонда является децентрализованной: полномочия делегированы 28 региональным фондам обязательного медицинского страхования. НФОМС финансирует всю сеть ста-

ционарных медицинских учреждений, работающих по договорам с ним, а также определяет размер взносов на обязательное медицинское страхование.

У некоторых министерств есть собственные учреждения здравоохранения, деятельность которых они финансируют. К таким министерствам относятся, в частности, Министерство обороны, Министерство внутренних дел и Министерство транспорта.

Министр здравоохранения возглавляет Высший медицинский совет, который действует как консультативный орган по вопросам политики здравоохранения, работы сети больничных учреждений, национальных демографических проблем, медицинского образования и последиplomной подготовки медицинских кадров.

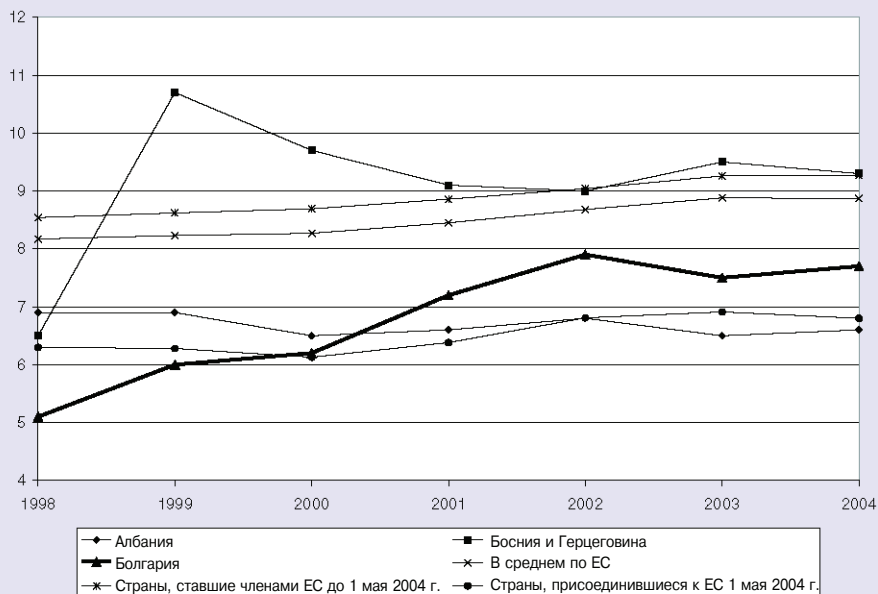
Другой важной частью реформ болгарской системы здравоохранения является приватизация. В Законе об учреждениях здравоохранения регламентированы порядок и процедуры приватизации государственных и муниципальных медицинских учреждений. Начиная с 1992 г. собственность на большинство медицинских учреждений перешла к местным муниципалитетам. В 1991 г. была узаконена частная практика, масштабы которой с тех пор значительно возросли. По сравнению с 2003 г., в 2004 г. количество частных стационарных учреждений увеличилось с 32 до 40, что составило 16% всех больниц в стране. Два процента всех больничных коек в Болгарии являются частными (3). Частный сектор представлен также компаниями, занимающимися добровольным медицинским страхованием. В 2006 г. таких компаний было десять.

Финансирование и расходы на здравоохранение

Расходы на здравоохранение

Начиная с 1998 г. общие расходы на здравоохранение растут как в абсолютном выражении, так и в процентах от ВВП (рис. 1). В 2004 г. они составляли 7.7% от ВВП, т.е. превышали средний показатель по странам ЕС-10, который был равен 6.8% (2). Тенденция к росту

Рис. 1. Общие расходы на здравоохранение, выраженные как доля от ВВП (в %), в Болгарии и некоторых других странах, 1998 – 2004 гг. (оценка ВОЗ)



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех», июнь 2006 (2).

расходов на здравоохранение отражает улучшение общей ситуации в экономике, которое произошло благодаря реструктуризации, усилиям страны по подготовке к вступлению в ЕС и развитию системы обязательного медицинского страхования, обеспечившей приток средств в систему здравоохранения за счет взносов на ОМС и легализации частной практики. Значительно возросли расходы на здравоохранение и в абсолютном выражении. Так, в 2004 г. в Болгарии подушевое финансирование здравоохранения составило 638 долл. США по паритету покупательной способности (ППС), что вдвое превышает аналогичный показатель 2000 г. (342 долл. США по ППС) (2). Эти цифры все еще гораздо ниже среднего показателя по ЕС, но выше, чем в Румынии, которая также присоединилась к ЕС в январе 2007 г. При этом общий уровень государственных расходов на здравоохранение снижались, что сопровождалось относительным увеличением доли частного финансирования – с 34.6% в 1999 г. до 45.5% в 2003 г. (4).

Охват населения и право на медицинское обслуживание

Финансирование системы обязательного медицинского страхования, представленной НФОМС, производится главным образом за счет отчислений из фонда заработной платы. Взносы за малоимущие и социально уязвимые группы населения покрываются за счет средств государственного и муниципальных бюджетов. ОМС гарантирует населению предоставление медицинских услуг в рамках базовой программы ОМС, определяемой в Национальном рамочном договоре (5). Есть также категория лиц, не охваченных системой ОМС, за которых не перечисляются взносы ни работодателями, ни со стороны государственного или муниципальных бюджетов. Как правило, это малоимущие граждане, нуждающиеся в социальной помощи, но не получающие ее, лица живущие за границей, а также лица с высоким уровнем дохода, которые получают необходимые им медицинские услуги за собственный счет. По

оценкам НФОМС, в 2006 г. в Болгарии было около 1 миллиона человек, не охваченных системой ОМС.

Рынок добровольного медицинского страхования предлагает дополнительное страхование, а также покрытие услуг, входящих в базовую программу ОМС, обеспечивая застрахованным более быстрый доступ к медицинской помощи и расширение возможностей выбора медицинских услуг и их поставщиков.

Источники финансовых средств

Финансирование здравоохранения в Болгарии производится за счет взносов на обязательное и добровольное медицинское страхование, налогов и формальных и неформальных платежей граждан. После того как в 1998 г. был принят закон об обязательном медицинском страховании, с 1999 г. работодатели и работники начали платить взносы на ОМС. Размер взноса был установлен на уровне 6% от заработка. Часть этого взноса платит сам работник, часть – работодатель. Изначально взнос на ОМС был поделен между работодателем и работником в соотношении 80:20, но к 2009 г. это соотношение должно быть 50:50 (6). НФОМС финансирует всю сеть амбулаторных и стационарных учреждений, работающих с ним на договорной основе. В 2004 г. НФОМС покрывал 55% всех государственных расходов на здравоохранение (7). Министерство здравоохранения финансирует службу скорой помощи и учреждения санитарно-эпидемиологического надзора, специализированные учреждения здравоохранения национального и регионального уровней, национальные программы в области здравоохранения, медицинские исследования и международное сотрудничество в сфере здравоохранения. Муниципалитеты собирают собственные средства на нужды здравоохранения и получают дополнительные ресурсы от центрального правительства. Муниципалитеты по-прежнему финансируют находящиеся на подведомственной им территории больницы, у которых нет договоров с НФОМС. Ожидается, что в финансировании больниц доля средств ОМС будет увеличиваться, постепенно замещая долю средств государственного и муниципальных бюджетов. Кроме того, поскольку большинство средств на здравоохра-

нение поступает из бюджетов домохозяйств, они включают наличные платежи, на долю которых в 2003 г. приходилось около 45% от всего бюджета здравоохранения (4), и значительную часть платежей по системе ДМС.

Механизмы оплаты

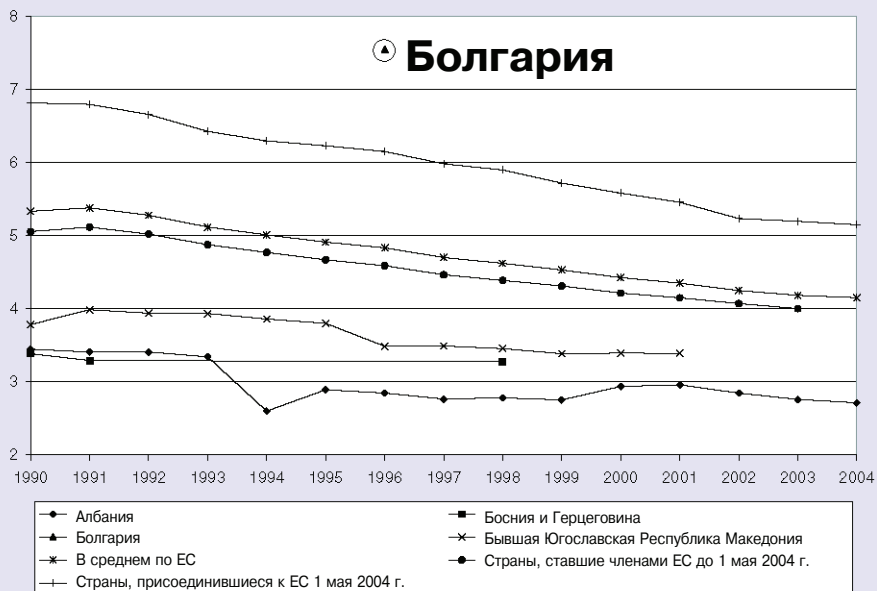
До реформ поставщикам медицинских услуг выделялись целевые бюджеты, которые были детализированы по статьям и составлялись главным образом на основании данных прошлых лет в соответствии с численностью персонала и размером коучного фонда.

В 1998 г. была введена договорная система отношений между НФОМС и поставщиками медицинских услуг, а также между муниципальными органами власти и муниципальными учреждениями здравоохранения. НФОМС финансирует больницы на основании пролеченных случаев в соответствии с клиническими алгоритмами обследования и лечения, которые были введены в 2001 г., и по единым тарифным ставкам. Муниципалитеты по-прежнему финансируют все муниципальные больницы, находящиеся на подведомственной им территории, вне зависимости от того, имеют ли эти больницы договоры с НФОМС. Но если больница работает по договору с НФОМС, то муниципалитет финансирует только часть ее затрат. Обязательные соплатежи пациентов за медицинское обслуживание обеспечивают больницам дополнительный приток средств. Персонал государственных больниц, как правило, получает фиксированную зарплату.

Врачи общей практики получают оплату по подушевым нормативам за каждого прикрепленного застрахованного пациента. Возмещение расходов учреждениям специализированной амбулаторной помощи и лабораториям производится по системе оплаты за предоставленные услуги. Стоматологическая помощь оплачивается гражданами преимущественно самостоятельно на основании счета за предоставленные услуги, но ограниченный набор стоматологических услуг включен также в базовую программу ОМС.

Государственные медицинские учреждения финансируются из средств государственного бюджета, выделяемых Министерством здравоохранения; персонал получает фиксированную зарплату.

Рис. 2. Число больничных коек на 1000 населения в Болгарии, в некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990 – 2004 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех», июнь 2006 (2).

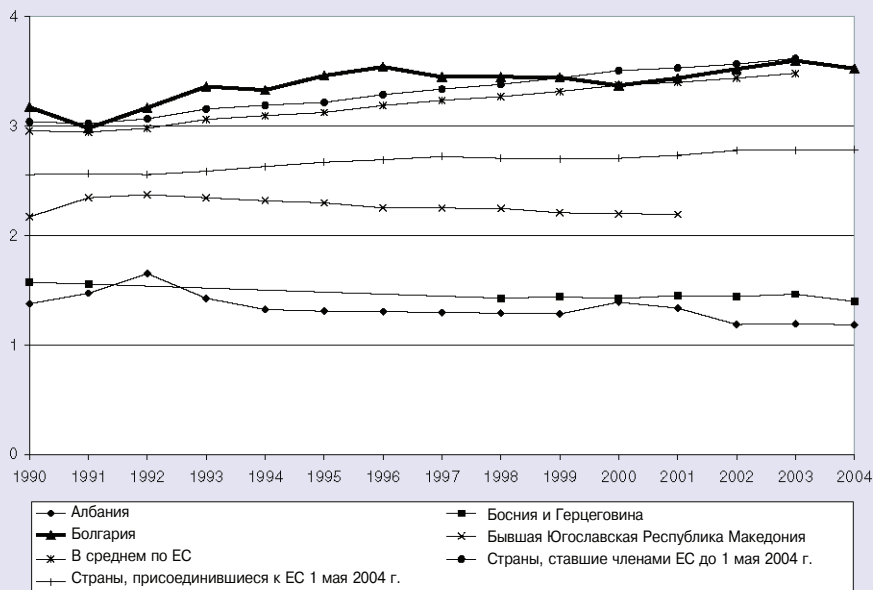
Материальные и трудовые ресурсы

В 2005 г. в стране было 262 больницы, 46 диспансеров и 1554 амбулаторных учреждения. Несмотря на сокращение коечного фонда больниц на 48%, которое произошло в 1997 – 2004 гг., обеспеченность больничными койками в Болгарии все еще очень высокая (рис. 2). В 2004 г. этот показатель составлял 6.1 койки на 1000 населения, что превышает и средний показатель по ЕС-10 (5.1), и аналогичный показатель Румынии (4.4). Средняя продолжительность пребывания в стационаре уменьшилась с 11.5 дня в 2000 г. до 8.3 дня в 2004 г. (2). Несмотря на появление новых учебных курсов по подготовке кадров в области семейной медицины, число врачей общей практики по-прежнему сильно уступает числу врачей-специалистов. В 2004 г. обеспеченность врачами общей практики составляла 68.9 на 100 000 населения, а обеспеченность

врачами-специалистами – 245.9 на 100 000 населения. Обеспеченность врачами общей практики в Болгарии выше, чем в среднем по ЕС-10 (рис. 3), но обеспеченность медсестрами одна из самых низких в ЕС. Болгария была и остается страной с самой высокой в Европе обеспеченностью стоматологами (83.42 на 100 000 населения): в 2004 г. этот показатель почти вдвое превышал средний показатель по ЕС-10 (43.19 на 100 000 населения) и был на 25% выше среднего показателя по ЕС (62.64 на 100 000 населения) (2). Подготовка врачей производится в пяти университетах; преддипломное обучение рассчитано на шесть лет. После четырех лет ординатуры и последипломной подготовки врачи регистрируются в Министерстве здравоохранения и получают в Центре последипломной подготовки при Медицинском университете г. Софии лицензию на медицинскую практику по своей специальности.

Работники парамедицинских специальностей получают образование в 14 медицинских колледжах страны. Программы их под-

Рис. 3. Число врачей общей практики на 1000 населения в Болгарии, в некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2004 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех», июнь 2006 (2).

готовки и учебные планы были пересмотрены в процессе реализации финансируемого ЕС проекта ФАРЕ, в рамках которого была также разработана программа на получение степени бакалавра для медсестер и парамедицинского персонала. В 2001 г. было создано два факультета общественного здравоохранения, которые готовят специалистов по программам «Магистр в области общественного здравоохранения» и «Магистр в области управления здравоохранением». Программы по подготовке специалистов в области управления здравоохранением проводятся также в других университетах страны.

Предоставление медицинских услуг

Предоставление медицинских услуг на всех уровнях регулируется законодательством 1998–1999 гг. (Законом о медицинском страховании, Законом о профессиональных орга-

низациях врачей и стоматологов и Законом об учреждениях здравоохранения). Каждый гражданин Болгарии должен быть охвачен системой ОМС, чтобы получать услуги в рамках базовой программы ОМС, оплачиваемой НФОМС. Медицинская помощь предоставляется в соответствии с положениями Национального рамочного договора (5).

Общественное здравоохранение

Система санэпиднадзора сохранила ту базовую структуру, которая существует в Болгарии с 50-х годов, когда основной целью службы было искоренение инфекционных болезней. Сеть из 28 областных инспекций здравоохранения охватывает всю территорию страны и является централизованно управляемой, хорошо структурированной системой, находящейся в ведении Министерства здравоохранения. Главный государственный санитарный врач Министерства здравоохранения выступает в качестве координатора и главного методиста в области предоставления

услуг санэпиднадзора в системе здравоохранения и других секторах.

В деятельности по контролю и охране здоровья участвуют также три национальных центра Министерства здравоохранения. Областные инспекции здравоохранения, будучи относительно самостоятельными органами, применяют в своей работе многосекторный и многоуровневый подходы, развивая действенное сотрудничество с организациями из других секторов на национальном, региональном и муниципальном уровнях.

Первичная амбулаторная медицинская помощь

В 1999 г. появились новые виды учреждений по оказанию первичной и амбулаторной медицинской помощи, в частности, индивидуальные и групповые врачебные практики по оказанию первичной медико-санитарной помощи, индивидуальные и групповые врачебные практики по оказанию специализированной медицинской и стоматологической помощи, независимые медико-диагностические и консультативные центры и медикотехнические лаборатории. Первичную медико-санитарную помощь оказывают врачи общей практики, работающие в частных и групповых практиках и/или в поликлиниках. Если пациент направлен на лечение к специалисту в соответствии с установленным клиническим алгоритмом, то лечение оплачивается НФОМС. Пациент может также обратиться к специалисту без направления, но тогда он обязан полностью оплатить его услуги за собственный счет. Каждый врач общей практики имеет право выдать ограниченное число направлений к специалистам.

Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь

Медицинские учреждения, оказывающие специализированную амбулаторную помощь, регистрируются как индивидуальная или групповая практика по оказанию специализированной медицинской помощи в той или иной отрасли медицины: центры охраны здоровья (медико-стоматологические центры), в которых работает как минимум три вра-

ча/стоматолога различных специализаций, медико-диагностические и консультативные центры, в которых работает не менее 10 врачей различных специализаций, и индивидуальные медико-диагностические или технические лаборатории.

Стационарную помощь оказывают в государственных и частных больницах. Больницы делятся на многопрофильные и специализированные. Национальные, многопрофильные и специализированные больницы являются коммерческими компаниями, принадлежащими государству. Межрегиональные и региональные больницы являются акционерными обществами, в которых одна часть капитала принадлежит государству, а другая – местному муниципалитету. Местные больницы являются коммерческими компаниями, принадлежащими муниципалитетам, на территории которых они находятся.

Скорая и неотложная медицинская помощь

С 2001 г. службами скорой помощи охвачена вся территория страны; в каждом из 28 административных регионов имеются собственные региональные центры скорой помощи. Министерство здравоохранения несет ответственность за организацию, планирование и финансирование всей деятельности, связанной с оказанием скорой медицинской помощи в Болгарии. Несмотря на все усилия по реорганизации службы скорой помощи, подход к укомплектованию бригад персоналом оставляет желать лучшего: уровень квалификации врачей слишком высок, а уровень подготовки парамедицинских работников недостаточен.

Медикаментозная помощь

По данным Исполнительного агентства по лекарствам, начиная с 1999 г. потребление фармацевтической продукции в Болгарии растет и в 2004 г. достигло уровня 685 млн левов (350.1 млн евро) (8). Закон о лекарственных средствах и деятельности предприятий фармацевтической отрасли 1995 г. обеспечил нормативно-правовую базу для реструктуризации и приватизации в секторе производства и продажи фармацевтической продукции, и сейчас большинство аптек в стране приватизировано. В 2005 г. в Болгарии было 30 мест-

ных производителей, 330 оптовиков, занимающихся импортом и продажей фармацевтической продукции, 4518 аптек на всей территории страны и менее десятка дистрибьюторов (3). Болгарские производители выпускают дженерики (непатентованные лекарственные препараты) и могут напрямую продавать свою продукцию через авторизованных дистрибьюторов или дилеров.

Основным покупателем всей фармацевтической продукции в Болгарии является НФОМС, который субсидирует покупку лекарств для амбулаторного лечения социально уязвимых групп населения и медикаментов для университетских больниц, многопрофильных больниц, диспансеров и центров гемодиализа. НФОМС возмещает расходы на покупку лекарств полностью или частично. В первую очередь возмещаются затраты на лекарства, предназначенные для лечения сердечно-сосудистых и неврологических заболеваний. Из средств центрального и региональных бюджетов субсидируются лекарства для следующих групп населения: малоимущие граждане, безработные, пенсионеры, дети и военнослужащие.

Паллиативная помощь

Паллиативная помощь осуществляется в хосписах. Этим занимаются врачи, медсестры, социальные работники, психиатры или психологи (если необходимо), священники (если нужно) и добровольные помощники (волонтеры). Все, кто оказывает паллиативную помощь, проходят соответствующий курс обучения, содержание которого регулярно обновляется. В 2005 г. в стране действовало 33 хосписа с общей коечной мощностью 287 коек (3). Некоторые хосписы оказывают паллиативную помощь на дому. В 2003 г. НФОМС ввел клинические алгоритмы для организации паллиативной помощи за неизлечимыми раковыми больными, предусматривающие возмещение затрат на 20-дневную госпитализацию в течение года для пациентов, нуждающихся в специализированной паллиативной помощи.

Охрана психического здоровья

Политика, действующая в области охраны психического здоровья населения, ориенти-

рована на согласованную работу многопрофильных и общественных организаций и служб социального обеспечения, образования и занятости. К организациям по оказанию психиатрической помощи относятся амбулаторные и стационарные учреждения, диспансеры, государственные социальные учреждения и неправительственные и благотворительные организации. Для системы психиатрической помощи в Болгарии характерна высокая обеспеченность койками в сочетании с дефицитом квалифицированных кадров. В этой связи необходимо улучшить интеграцию служб психиатрической помощи в программы социальной поддержки.

Амбулаторную психиатрическую помощь оказывают врачи общей практики, но чаще всего – психиатрические отделения учреждений амбулаторной помощи (консультативно-диагностических, медицинских и медико-стоматологических центров) и частнопрактикующие психиатры. В 2003 г. НФОМС заключил договоры с 427 психиатрами (60% от 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 многопрофильных больниц и 4 университетских психиатрических клиники (3).

Стоматологическая помощь

Стоматологическая помощь предоставляется в индивидуальных и групповых врачебных практиках по оказанию первичной или специализированной стоматологической помощи, а также в центрах хирургической стоматологии и медико-стоматологических центрах. В 2004 г. в Болгарии было 56 центров хирургической стоматологии и 44 медико-стоматологических центра (3). Стоматологические учреждения могут заключать договоры с НФОМС и оказывать услуги, входящие в базовую программу ОМС. Они могут также заключать договоры с компаниями, занимающимися ДМС, а также оказывать платные услуги за счет личных средств граждан. Услуги стационарной стоматологической помощи оплачиваются НФОМС в соответствии с пятью клиническими алгоритмами.

Реформы здравоохранения

Структурная реформа здравоохранения в Болгарии была направлена на решение трех основных задач: реорганизацию методов финансирования в целях обеспечения достаточного и устойчивого финансирования здравоохранения и обеспечения гарантий равенства граждан в секторе здравоохранения; изменение механизмов распределения ресурсов и обеспечения эффективности и качества услуг; реорганизацию сектора первичной медико-санитарной помощи и рационализацию деятельности амбулаторных и стационарных медицинских учреждений. В конце 90-х годов в системе здравоохранения страны в течение относительно короткого промежутка времени были произведены радикальные преобразования.

В 1998 г. после принятия Закона о медицинском страховании, который стал нормативно-правовой базой для введения обязательного и добровольного медицинского страхования, в Болгарии была введена система ОМС. В целях обеспечения базовой программы ОМС и организации механизма оплаты поставщикам за услуги, оказываемые застрахованному населению, был введен Национальный рамочный договор. Размер взноса на ОМС был установлен на уровне 6% от личного дохода и распределялся между работодателем и работником в соотношении 80:20. Взносы за пенсионеров и малоимущих покрываются за счет средств государственного и муниципальных бюджетов. В Законе о медицинском страховании определены размеры прямых соплатежей пациентов за пользование услугами здравоохранения, входящими в базовую программу ОМС. С 2000 г. с пациентов взимается плата в размере 1% от минимального месячного размера оплаты труда (МРОТ) при каждом амбулаторном посещении и 2% от МРОТ за каждый день пребывания в стационаре, но не более, чем за 10 койко-дней в год (9). Система ОМС гарантирует застрахованному населению предоставление медицинских услуг, входящих в базовую программу ОМС, однако эта программа прописана нечетко, поэтому население несет определенное финансовое бремя.

Финансированием здравоохранения и предоставлением медицинских услуг занимаются разные организации, и между поставщиками и плательщиками установлена система договорных отношений. НФОМС может на договорной основе возмещать услуги как государственных, так и частных медицинских учреждений.

В 1991 г. была узаконена частная практика, которая включала приватизацию стоматологических практик, аптек, хирургических клиник, лабораторий, клиник для амбулаторных больных и поликлиник. Кроме того, законом были предусмотрены процедуры приватизации государственных и муниципальных медицинских учреждений. Существующие государственные и частные учреждения здравоохранения были реорганизованы. Врачи и стоматологи получили право на индивидуальную практику по оказанию первичной и специализированной медицинской и стоматологической помощи. Государство и муниципалитеты организовали групповые врачебные практики, медицинские центры, консультативно-диагностические центры, лаборатории и хосписы, которые учредились в форме компаний, кооперативов, акционерных обществ или компаний с ограниченной ответственностью.

После изменения системы финансирования здравоохранения были введены новые механизмы оплаты услуг поставщиков стационарной медицинской помощи, основанные на показателях работы и единых тарифах, дифференцированных в соответствии с установленными клиническими алгоритмами обследования и лечения. Предполагалось, что изменение схемы финансирования больничного сектора будет способствовать конкуренции между поставщиками медицинских услуг и повысит качество этих услуг.

Оценка системы здравоохранения

Первый этап реформ здравоохранения, проведенных в конце 90-х годов, принес хорошие результаты. Благодаря созданию НФОМС и введению базовой программы ОМС был определен набор услуг, финансируемых госу-

дарственным сектором, и установлена система сбора средств, что позволило повысить устойчивость финансирования здравоохранения. После легализации частной практики возникла конкуренция между поставщиками медицинских услуг, которая стала стимулом для повышения качества услуг. Благодаря реструктуризации сектора первичной медико-санитарной помощи и введению института врачей общей практики, выполняющих роль «привратника» (диспетчера) на пути пациента к получению специализированной медицинской помощи, был создан механизм сдерживания затрат. Вместе с тем, эти шаги вызвали дискуссии о том, не размывает ли это принцип свободного доступа населения к медицинской помощи.

Те позитивные изменения, которые произошли в ходе реформ, выявили наличие в стране политической воли и потенциала для дальнейших перемен. Однако наряду с достигнутыми успехами есть, разумеется, и ряд проблем. В частности, финансирование здравоохранения только за счет взносов ОМС не в состоянии обеспечить достаточного объема средств. Тот факт, что около миллиона человек не платят взносов на ОМС, означает, что тех, кто производит отчисления в НФОМС, меньше тех, кто пользуется льготами. Это может негативно отразиться на балансе НФОМС. Чтобы справиться с этими трудностями, планируется повысить размер взносов на ОМС и изменить соотношение, в котором этот взнос распределяется между работодателем и работником, доведя его к 2009 г. до уровня 50:50 (5). Предполагается, что такой подход будет препятствовать уклонению работодателей от уплаты взносов на ОМС, сокрытию ими реальных доходов работников и отказу от

найма новой рабочей силы. Вместе с тем, эта инициатива вызывает споры о том, не создаст ли это дополнительного финансового бремени для населения и поводов для недовольства общества системой здравоохранения.

Решение вопросов о внесении дальнейших изменений в стандарты аккредитации, клинические алгоритмы обследования и лечения и правила надлежащей клинической практики, которые стоят на повестке дня правительства на 2007 – 2012 гг., будет способствовать созданию стимулов для повышения качества и эффективности медицинских услуг и улучшению социально-демографической и эпидемиологической ситуации в стране.

Заключение

Поскольку процесс реформ здравоохранения продолжается, чрезвычайно важно, чтобы деятельность системы здравоохранения всегда была направлена на улучшение конкретных показателей состояния 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 есть те, кто испытывает ностальгию по прежним временам, «когда медицина была бесплатной», широкие слои населения Болгарии сегодня признают, что реформы необходимы и процесс этот необратим. Чтобы заручиться большей поддержкой общества при проведении реформ, правительство сосредоточит свои усилия на совершенствовании тех преобразований, которые были проведены в последние годы, и на обеспечении более высокого качества медицинской помощи.



Библиография

1. National Statistics Institute. Statistical yearbook: 2005. Sofia, NSI, 2006.
2. Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB) (база данных вне Интернета), Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (данные на июнь).
3. National Centre of Health Informatics. Public health statistics. Sofia, NCHI, 2005 (http://www.nchi.government.bg/Eng/download/healthcare_05a.pdf, accessed 7.5.06).
4. World Health Organization. World health report 2006: working together for health. Geneva, WHO, 2006 (http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf).
5. National Framework Contract. State Gazette, No. 42/2000. 2004–2005 edition.
6. Health Insurance Act (1998). Article 40 (1) 1, last redaction of 3 October, 2006.
7. National Health Insurance Fund. 2004 annual activity report. Sofia, NHIF, 2005.
8. Bulgarian Drug Agency. 2005. Annual activity report. Sofia, Bulgarian Drug Agency, 2005
9. Health Insurance Act. 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.

Реферат обзора «Системы здравоохранения: время перемен» по Болгарии подготовила Ольга Авдеева (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Берлин). Последнее обновление было произведено в январе 2007 г. Данная версия составлена на основе полной версии обзора «Системы здравоохранения: время перемен» по Болгарии, авторами которого являются Лидия Георгиева (MARSH – Болгария, до июля 2006 г. – Медицинский университет, София), Петко Салчев (Медицинский университет, София, в 2003–2005 гг. – заместитель министра здравоохранения Болгарии), Ростислава Димитрова (политический советник, Европейский Парламент), Антония Димова (Медицинский университет, 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).

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения выражает глубокую признательность Лидии Георгиевой и Петко Салчеву за их вклад в подготовку реферата обзора.

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.