

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**  
**Катедра „Икономика на Здравеопазването”**

Калоян Гришев Стаменов

**ИКОНОМИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА ЛЕКАРСТВЕНАТА**  
**ПОЛИТИКА НА ЧЕТИРИ ПСИХИАТРИЧНИ БОЛНИЦИ**  
**В УСЛОВИЯТА НА ФИНАНСОВА КРИЗА**

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна  
и научната степен „Доктор”

Научната специалност: Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията

Научен ръководител  
Проф. д-р Стефан Гладилов, Д.М.

**София, 2013 г.**

## СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение.....	3
I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.....	8
1. Интерпретиране на лекарствените проблеми в България. ....	8
2. Лекарствена политика.....	17
II. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ОПИТА НА РАЗВИТИТЕ СТРАНИ В ОБЛАСТТА НА ЛЕКАРСТВЕНАТА ПОЛИТИКА.....	34
III. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИ И МАТЕРИАЛИ .....	40
1. Използвани методи.....	44
Време на проучването.....	46
Място на проучването.....	46
IV. КРИТИЧЕН АНАЛИЗ НА ДЕЙСТВИТЕЛНАТА ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА У НАС. ДИРЕКЦИИ В МИНИСТЕРСТВОТО .....	47
1. Негативи на лекарствената политика на българското правителство. ....	47
2. Дейност на министерството на здравеопазването. ....	63
V. СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ В ЧЕТИРИ БОЛНИЦИ .....	91
1. Състояние, дейност и икономически параметри на стационарната психиатрична помощ в Р. България. ....	91
2. Анализ и характеристика на лекарствената политика на четирите психиатрични болници в условията на финансова криза. SWOT-анализ /силни страни, слаби страни, възможности, опасности/.....	102
2.1. Център за психично здраве със стационар /ЦПЗ/ - гр. Враца. ....	104
2.2. Държавна психиатрична болница „Свети Иван Рилски”. ....	109
2.3. „Център за психично здраве със стационар – София област” ЕООД.....	132
2.4. Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм /ДПБЛНА/ – Суходол.....	135
3. Описание на процеса на лекарственото снабдяване. ....	137
3.1. Лекарствено снабдяване в Център за психично здраве със стационар /ЦПЗ/ - гр. Враца. ....	137
3.2. Лекарствено снабдяване в Държавна психиатрична болница „Свети Иван Рилски”. .....	156
3.3. Лекарствено снабдяване в „Център за психично здраве със стационар – София област” ЕООД. ....	160
3.4. Лекарствено снабдяване в ДПБЛНА – Суходол.....	162
VI. Препоръчителен модел на финансиране на психиатрични болници .....	171
VII. ИЗВОДИ.....	187
VIII. ПРЕПОРЪКИ .....	190
ПРИНОСИ.....	191
НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ .....	192
ЛИТЕРАТУРА.....	193

## Въведение

Този труд е посветен на важна и актуална тема както за управленската наука, така и за обществената практика – практиката на България в областта на снабдяването с лекарства на потребителския пазар, формирането на лекарствената цена, ролята на държавното финансиране и това от Националната здравно-осигурителна каса /НЗОК/.

Актуалността на избрания проблем, по който темата е развита произтича главно от високата стойност на лекарствените разходи в рамките на общото публично финансиране на здравеопазването в България – около 1/3, което изисква по-ефективното и по-ефикасното им изразходване с оглед на успешното управление на здравната система.

Освен това, актуалността на проблема се поставя и от съществуващото обществено мнение, че лекарствата са скъпи фармацевтични продукти и държавното им финансиране не е достатъчно.

Към лекарствената политика на България имат отношение следните закони:

а/ Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина /ЗЛАХМ/. Той е основният документ в българското законодателство, който определя кои са компетентните органи по въпросите на лекарствата, регламентира реда и условията за производство на лекарства; за режима, по който се разрешава тяхната продажба в страната; за реда за провеждане на клинични изпитания; за условията за търговия с лекарства и тяхната реклама; за контрола на лекарствения сектор в България. Първата публикация на този първи български закон за лекарствата е през м. април 1995 г. От тогава са направени редица изменения и допълнения, най-важните от които са през м. февруари 2000 г.

б/ Закон за здравето, който урежда обществените отношения, свързани с опазване на здравето на гражданите.

Опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие е национален приоритет и се гарантира от държавата чрез равнопоставеност при ползване на здравни услуги и осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ. Държавната здравна политика се ръководи и осъществява от Министерския съвет.

в/ Закон за лечебните заведения описва видовете лечебни заведения и техния правен статут, обхвата на тяхната дейност, процедурите по отварянето и закриването им, правилата за акредитация и регистрация, управленската им структура и реда за приватизация на заведения, които са държавна или общинска собственост. Създадена е законова рамка и за частната медицинска дейност.

г/ Закон за здравното осигуряване - регламентира организациите и реда за финансиране на общественото здравеопазване чрез държавните органи и НЗОК. Законът определя начина, по който се извършва събиране и разходване на средства чрез НЗОК за целите на доболничната и болничната помощ. Този закон създава и нормативна основа за частното здравно осигуряване на доброволен принцип. Реализацията на основните дейности по този закон става чрез Национален рамков договор.

С оглед на необходимостта, българската здравна система трябва да се реформира и реструктурира, за да се превърне във финансово устойчива и ефективна здравна система, която да осигурява качествени здравни грижи. Държавата, чрез своите правителствени органи осигуряват законовата и нормативна рамка за функциониране на здравната система. Държавата участва /частично или изцяло/ при финансирането на дейности, които са свързани с общественото здравеопазване, инфраструктурното изграждане на системата /строеж на здравни заведения, медицинско образование, научни изследвания/, здравната промоция и профилактика на заболяванията, осигуряване на медицинска помощ и т.н. Държавната

намеса при структурирането на здравната система е в пряка зависимост от размера и обхвата на това финансиране.

Стратегията е насочена към интегриране на грижата за здраве на българските граждани в областта на всички политики – външна политика на страната, политика на социална солидарност и справедливост, политика в областта на образованието и науката, политика в бедствия и аварии, политика за опазване на околната среда.

През 2011 г. Министерство на здравеопазването /МЗ/ се стреми да осигури максимална реимбурсация /изплащане/ на лекарствата за социално значими заболявания. В тази насока, бързото допълване на позитивно-реимбусната листа е една от първите стъпки за осигуряване на по-добър достъп до лекарствата. При това от списъка няма да се изключват лекарствата и няма да се отнемат права, които вече са дадени на пациенти.

За периода 2008-2013 г. МЗ предлага нова „Национална здравна стратегия”, която има за цел да отговори на изискванията на новите европейски реалности, приоритети и предизвикателства и която е съобразена с развитието на Европейската общност за същия период, което ще се основава на принципите за солидарност и равни възможности за здраве и благополучие, на иновациите и технологичния напредък. Всички това цели постигане на устойчиво развитие в цялата общност. Стратегията не беше приложена поради смяна на правителството.

България се нуждае от здрави личности, поради което всеки трябва да бъде отговорен за своето и на своите близки здраве.

По отношение на лекарствената политика, Правителството работи в следните насоки:

- на първо място, защита на интересите и правата на пациентите;
- изработване и провеждане на базирана на доказателствата, лекарствена политика;

- разработване на регулации относно производството, продажбата и

разпределението на лекарствата;

- контрол върху тяхното производство, продажба и разпределение;
- лицензиране на производители, дистрибутори на едро и аптеки;
- поддържане на регистри;
- определяне на правилата за добра производствена практика;
- изработване на позитивни /негативни/ листи за реимбурсиране на лекарствата от публичните фондове;
- разработване на правила и нормативи за начина и групите за реимбурсиране;
- изработване на национални програми.

Що се отнася до генеричните лекарства, те засилват конкуренцията  
ВЪВ

фармацевтичния сектор и осигуряват достъпност и устойчивост в европейските системи за здравеопазване. Стимулирането на конкуренцията на фармацевтичния пазар чрез увеличаване на употребата на генерични лекарства спомага за ограничаване на разходите и стимулира създаването на иновативни продукти с допълнителна терапевтична стойност. Насърчаването на тяхната употреба е условие за рационален начин за разпределение на обществените бюджети за лекарства.

Освен това е абсурдно български граждани да отиват в съседни държави, за да намират по-евтини лекарства. Оправданието на чиновниците е, че у нас съответните медикаменти са по-скъпи, защото фирмата-доставчик е представила такава цена. Но реалното обяснение е друго - потреблението у нас е далече по-малко и това е допустимо най-ниското пазарно ценово ниво, определено от обективните фактори. Никой чиновник обаче не се замисля, че крайната цена у нас е по-висока най-вече заради твърде niskия процент от стойността на медикамента, който се покрива от държавата. Най-вече поради тази причина, а не заради разлики в цените, в съседните държави лекарствата са по-евтини. Недоволството на

гражданите обаче се насочва в неправилната посока – към фармацевтичните доставчици, а не към държавните органи. Най-важното в крайна сметка е едно животоспасяващо лекарство да достигне до нуждаещите се от него с минимална цена – те трябва да платят единствено базова сума, чрез която да докажат, че имат нужда от този медикамент, а няма да го вземат просто да им залежава в домашните аптечки. Останалото трябва да се покрие от държавата чрез насочване на част от солидарно събрания ресурс за здравеопазване.

Това, което най-много липсва в българската лекарствена политика е стратегическият поглед. При постоянно растящото потребление на лекарства експертите по здравен мениджмънт на държавно ниво би трябвало да се замислят за причината, да се запознаят с успешния чужд опит и да предложат решения. В целия цивилизован свят се залага на насочване на средства към превантивни профилактични програми с цел да се намалят нуждите от използване на лекарства за по-късно лечение на развити заболявания. За съжаление у нас все още не се осъзнават предимствата на профилактиката и в това отношение България се доближава по-скоро до страните от Третия свят.

Политиката в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия цели да осигури навременен достъп на потребителите до тях, а те от своя страна да отговарят на стандартите за качество, безопасност и ефективност. Мисията на МЗ е да осигури такова здравеопазване, което да отговаря на здравните потребности на гражданите на Република България и ЕС.

Специфичните цели и задачи на новата лекарствена политика зависят от ситуацията в България, от провежданата социална политика, от общественото устройство и от други социално значими фактори.

От м. август 2009 г. граждански и пациентски организации могат да контролира лекарствената политика на МЗ.

## **I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.**

### ***1. Интерпретиране на лекарствените проблеми в България.***

През периода след 1989 г. проблемите на лекарствения пазар са едни от най-дискутираните в България и другите страни от ЕС.

Можем да отбележим следните по-съществени от тях, които са пряко свързани с лекарствата:

1.1. Необходимост от усъвършенстване на прилаганите методики за ценообразуване и реимбурсация на лекарствените продукти от обществените източници. Необходимо е да се увеличи броя на проучванията за влиянието, което тези методики оказват върху различните участници на лекарствения пазар.

Във връзка с това, още през 2008 г., Сдружението на българските фармацевтични производители /СБФП/ очаква Министерството на здравеопазването да инициира вземането на спешни мерки за премахването на излишната ценова регулация. Наредбата за цените на лекарствените продукти по начин, по който тя е изготвена представлява отказ на здравната администрация да признае повишаването на разходите за производство на българските лекарства, поне със статистически отчетената инфлация.

В тази насока, отказът на Здравната администрация да актуализира цените на лекарствените средства с посочената инфлация не отчита реалните условия на пазара и ръста на разходите за фармацевтичното производство. По данни от фармацевтичен бюлетин /бр.9/2008 г./, цените на голяма част от лекарствените средства не са били актуализирани за период по-голям от една година. В същото време разходите за тяхното производство /субстанции, помощни средства, енергия и т.н./ са нараснали с 25 – 30 %. Регистрационните такси към държавата също са се увеличили

с над 50 %, от началото на 2008 г. до м. септември същата година. Всичко това допълнително затруднява българската фармацевтична промишленост.

През 2004 г. е отчетено, че съществува неприятна тенденция /запазва се и до сега/, която се изразява в това, че българските фармацевтични производители имат сериозен пазарен дял по показателя „брой продадени опаковки”, но като стойност на продадените лекарствени продукти, българският пазарен дял се свива. Проблемът се отнася до това, че лекарства с много малък относителен дял в опаковките похарчват много по-голям относителен дял от общите пари за здравеопазване. На практика, провежданата лекарствена политика се оказва нерационална. Необходимо е нейното пълно ревизиране и то конкретно в областта на разходването на парите за лекарства, също обществените поръчки в болниците с държавно участие и централизираните търгове. Във връзка с това, там, където има генерични медикаменти, трябва да им се осигурява предимство.

Най-големите трудности на българската фармацевтична индустрия идват от бюрокрацията. С оглед на това, трябва да се съкрати времето, за което един ново регистриран продукт излиза на пазара; ако той е първи генерик след падането на патента на оригиналното лекарство, трябва да има възможност автоматично да влиза в позитивния списък. Така държавата ще реализира икономии.

По отношение на цените, българските лекарства имат все още предимства. Въпреки, че през 2004 г. цените на българските лекарства се увеличиха заради стандарта GMP, който включва система от правила за производство на фармацевтична продукция, също и заради направените инвестиции и въвеждането на ДДС, цените им останаха приемливи за нашия пазар. Някои родни лекарствени продукти са с повече от 50 % по-евтини от цените на други генерични компании. Като страна-членка на ЕС, GMP сертификатите на българската агенция по лекарствата ще бъдат

валидни за целия ЕС. Но всяка една международна агенция може да направи проверка за спазването на стандартите от българска страна.

В България бюджета за лекарства е точно определен. Това определя важността на проблема, който е свързан с развитие и приложение на дейностите по тяхното ценообразуване и реимбурсиране. У нас ценообразуването и реимбурсирането като процеси, които са свързани с лекарствата са разделени. Първо лекарството трябва да получи цена, а след това се пристъпва към договаряне на неговото реимбурсиране.

През 2011 и 2012 г. МЗ се стреми да осигури максимална реимбурсация /изплащане/ на лекарствата за социално значими болести. Осигуряването на по-добър достъп до лекарствата се осигурява с по-бързото допълване на позитивно-реимбурсната листа. През 2011 г. и 2012 г. в листата са включени нови основни животоспасяващи лекарства, които през 2010 г. бяха на брой 25.

1.2. Да се направи анализ на системата на референтните цени, която се прилага в България. Посредством иконометричен модел да се направи опит за анализ като същевременно се оценят ефектите, които се получават от въвеждането на този модел в българския фармацевтичен пазар.

Формирането на тези цени като средство за управление или контрол на здравните фондове върху лекарствените средства е практика, която е установена в много страни. Този механизъм на ценообразуване произлиза от Европа и сега като възможност за въвеждане се разглежда извън нейните граници. Доказано е, че въпросният механизъм има незначителен ефект върху общите разходи за лекарствени средства. Формирането на тези цени може да ограничи достъпа на пациентите до пълната гама от предлаганите лекарствени средства, със съответните негативни последици върху грижите за тях. Механизмите за референтно ценообразуване и свързаните с тях атрибути са въведени от правителствата на някои страни

и здравни фондове с намерението и твърдото убеждение, че те ще контролират разходите за лекарствени средства.

1.3. Тези лекарства, които се прилагат за лечение на редки заболявания често отсъстват от търговската мрежа.

В ЕС за рядка болест се счита такава, която засяга по-малко от 5 човека на 10 000 души. Известни са около 7 000 редки болести. Повечето от тях се дължат на генетични дефекти или на въздействието на определени фактори и вещества от околната среда по време на бременност или в по-късен етап от живота на човек, често в съчетание с генетична предразположеност.

Редките болести представляват сериозен проблем в областта на общественото здраве; приоритет са на здравните и изследователските програми на ЕС. Ранната тяхна диагноза и подходящо лечение може да подобри качеството и да повлия благоприятно върху продължителността на живота на тези болни.

Европейските закони и финансирането на проекти за научноизследователски и развойни дейности целят да се насърчава разработването на лекарства сираци за пациенти с редки заболявания. ЕС насърчава оптималната диагностика и лечение на редки болести чрез създаване на мрежи, обмен на опит, обучение и разпространение на знания.

В България не се води регистър на хората с редки заболявания, но такава статистика има към ЕС. Тя показва, че около 6 % /тук се включват не само заболелите, но и техните семейства/ от населението е засегнато от тях. В повечето случаи това са генетични болести, които засягат дадена семейна общност. Хората с редки заболявания у нас са около 4 000, но се смята, че голямо количество от тези, засегнати от редки болести не са диагностицирани, не са достатъчно изследвани или не им е поставена правилната диагноза.

На европейско ниво тенденцията е да се насочат усилията на правителствата на отделните страни към по-добра информираност на обществото за проблема редки болести, което може да се установи с прилагане на тестове, някои от тях - генетични. Но за тази цел обществото трябва да притежава съответна висока степен на здравна култура, за да се подложи на такъв вид тест. Последните имат доброволен характер. В тази насока, всеки млад човек, който иска да създаде семейство и да има деца трябва да се подложи на такъв вид тестове.

Усилията в България са насочени към лечение на такива редки заболявания, които са лечими в ЕС. В последните години, за много от нелекуваните заболявания с определени лекарствени средства, вече се осигуряват такива от държавата. Става въпрос за изключително скъпо лечение, което финансово не е по силите на отделното семейство. Но има и такива заболявания, които са лечими в останалите европейски страни, но у нас не се лекуват. Причина се оказват отново недостатъчните финансови средства, необходими за целта.

1.4. Увеличават се разходите за лекарствени продукти като абсолютна величина, а като относителен дял в здравните разходи те достигат 30 % при относително постоянни здравни разходи, които са в размер на 4 - 4.5 % от брутният вътрешен продукт /БВП<sup>1</sup> до 3,8% през 2012 г.

В страните от ЕС здравните разходи имат следните размери:

- във Финландия – 7.4 %;

- в Германия – 11.1 % или

средно за ЕС-25, те са 9 % от БВП.

Разходите за лекарства са средно за ЕС-25, 16 % от всички здравни разходи.

За 2010 г. осигуряваните пари от държавата за лекарства са малко. По

---

<sup>1</sup> Икономически алтернативи, бр. 3, 2007 г.

данни на статистиката, за 2008 г. в България са похарчени 1.6 млрд. лв. за лекарства, при което държавата е поела само 540 млн. лв. или средно 34 %. Останалите 66 % пациентите са си платили сами.

Отново, в сравнение с Гърция – от посочените по-горе 11 млрд. лв., държавата е поела 10 млрд. лв. или повече от 90 %. Здравният бюджет на страната за 2008 г. е 3 млрд. лв., а разходите на българската държава за лекарства са 540 млн. лв. или 18 %.

В другите държави от Източна Европа, държавните разходи за лекарства са между 20 и 25 %. Така по-малкото държавни пари за лекарства, които се отделят нормативно у нас, означават повече пациенти в болниците, където лечението е по-скъпо в сравнение с лечението в домашни условия.

Ако тази лекарствена политика бъде коригирана, това ще означава, че:

- ще се увеличат средствата за лекарства, които държавата осигурява;
- българските пациенти ще получават навременно и ефективно лечение;
- държавата ще насочи тези средства в приоритетни области като социално значимите заболявания, имунизациите и детското здравеопазване.

През последните години в България се забелязва трайна тенденция на увеличаване на разходите за лекарства. Относителният дял на тези разходи спрямо общия размер на обществените разходи за здравеопазване достига 30 %. Причини за това са основно следните:

а/ демографски, които се изразяват в застаряване на населението, което води до увеличаване на потребностите от здравни услуги и значително увеличаване на използването на лекарствени продукти;

б/ икономии, които намират израз в:

- нисък ръст на обществените разходи за здравеопазване, като процент от БВП;

- нарастване на разходите за създаване на ново производство на нови лекарства и увеличаване на техните цени;

в/ социални и поведенчески, които намират израз в увеличаване на информираността на пациентите и желанието им да търсят и да ползват най-добрите лекарства.

1.5. Високи публични разходи за лекарства. За периода 2000-2003 г., те заемат 60 - 70 % от всички разходи за фармацевтични продукти. Това равнище е по-високо от средното за държавите в ЕС – 50 - 55 %. Във връзка с това, трябва да се проведат редица рестриктивни мерки с цел ограничаване на тези разходите. Те са част от общите мерки за регулиране на лекарствения пазар в страната.

По принцип, лекарствения пазар е един от най-активно регулираните сектори на здравната система на всяка страна. Имат се предвид пазарните дефекти, които се проявяват от една страна, и необходимостта от съчетаването на интересите на пациентите, финансиращите институции и фармацевтичното производство от друга страна.

На глава от населението у нас се падат по 40 лв. за лекарства за домашно лечение, докато в държавите от Източна Европа се отделят средно по 100–150 евро. Така се оказва, че една част от задължението на държавата, що се отнася до лекарствената политика – осигуряване на адекватни средства за заплащане на медикаменти, е изпълнено.

В световен мащаб нуждите от лекарства растат. Населението застарява, става по-болно, успоредно с това се появяват нови и по-добри лекарствени терапии.

В България се отделят много малко средства за здравеопазване. Като процент от БВП – едва 4.2 % до 3.8% през 2012 г. По същия показател, средно за другите европейски страни тази стойност е 8 %. Мотивът на българските институции за този нисък процент е, че секторът е нереструктуриран; парите за него се харчат неефективно и поради това не

трябва да се увеличават. В настоящия момент болниците у нас се явяват най-сериозният проблем на здравеопазването. В България има много болници. Касата работи с почти всички от тях, но парите се усвояват от тях нерационално.

#### 1.6. Подобряване на регулацията на лекарствения пазар. Под лекарствена

регулация се разбира система от правила и дейности, които се провеждат в сферата на фармацевтичния сектор от гледна точка на осигуряване на качествени, без вредни влияния и ефикасни лекарствени продукти.

Процесът на лекарствена регулация се изразява във всяко пряко или косвено въздействие от страна на държавата или заинтересована страна върху цените, търсенето, предлагането на лекарствени продукти посредством икономически и административни норми, ограничения, изисквания и т.н. Но, приложени на практика, част от мерките имат не само положителни, но и отрицателни страни. Съвместното прилагане на няколко мерки едновременно довежда до по-добри крайни резултати, изразяващи се в по-добра регулация на лекарствения пазар.

1.7. Да се подобри регулацията относно търсенето на лекарства. Чрез тези мерки се оказва влияние върху поведението на пациентите, на финансиращия орган и на осигурителите. На практика, регулацията на търсенето се извършва по три начина:

- чрез прилагане на система за поделяне на разходите между финансиращия орган и потребителя /в повечето случаи се прилага пропорционално доплащане/;

- чрез прилагане на система за реимбурсиране на разходите от гледна точка на потребността от ограничаване на публичните разходи в здравната система на страната. Дефинират се списъци с лекарствени продукти – позитивни, негативни или селективни;

- чрез стимулиране на прилагането на генерични лекарства посредством изписването, разпространението и употребата им.

1.8. Подобряване на регулацията на предлагането на лекарства. Влияние в тази насока оказва регулирането на цените на лекарствените продукти. В връзка с това се прилагат различни цени на лекарствените продукти: договорни цени, сравнителни цени, пределни цени, цени на база себестойност и др. В това отношение, се прилага два вида ценови контрол на лекарствените продукти:

- директен, при който се определя определен размер на цената на дадено лекарство, но се прилагат различни методики за нейното определяне. По отношение на патентованите фармацевтични продукти, повечето страни в ЕС прилагат тази форма на ценови контрол, за да фиксират цените на лекарствата спрямо сравнителните цени;

- индиректен контрол, при който се извършва наблюдение на печалбите на компаниите, произвеждащи лекарствени продукти. Въвежда се система на референтни цени, т.нар. реимбурсни лимити. По този начин се цели да се стимулират нововъведенията, които фармацевтичните компании трябва да правят и да се упражнява ефективен контрол върху лекарство производството; да не се допуска реализиране на големи печалби за сметка на публично финансирани лекарства. Индиректният ценови контрол се осъществява чрез прилагането на референтни цени.

1.9. Заради бюджет 2009, пациентите останали без лечение ще се увеличат. През 2008 г. около 18 % от българите се отказват от лечение, защото не могат да си позволят да доплащат за лекарства /по данни на социологическо изследване, проведено в края на годината/. За същата година, пазарът на лекарства в България е около 1,4 млрд. лв., като през всяка следваща се увеличава средно с 10 %. От тях 300 млн. лв. са за хранителни добавки. Останалите 1,1 млрд. лв. са за продукти по лекарско

предписание, които в повечето страни по света се плащат с публични средства. Аналогичен е проблемът и през 2012 г.

Докато в Европа държавата покрива около 80 % от тези лекарства, у нас те са само 40 %, което означава, че ние плащаме по-голяма част от разходите за медикаменти от джоба си. Няма друга държава в ЕС с такъв нисък процент на реимбурсация. Важен е и друг елемент – тази сметка е направена с ДДС, който в повечето европейски страни е от 5 до 10 %, а при нас е 20 %, т.е. този разход на държавата се връща обратно в бюджета и реално парите са още по-малко.

## ***2. Лекарствена политика.***

На практика, за действаща лекарствена политика се говори тогава, когато има политика за лечение на заболяванията в страната. Такава политика трябва да се създаде от най-добрите специалисти в отделните области и от МЗ като цяло.

Другата част на лекарствената политика е финансовата. Опит на държавата да създаде действаща лекарствена политика е позитивния списък с лекарствата /плащат се от здравните фондове/. За да бъде този позитивен списък успешно изпълнен, липсва важна част от него.

Пропускът се изразява в това, че комисията по позитивния списък трябва да има права в насока определяне на максимално допустимото ниво на реимбурсация /процент на заплащане на лекарствата от здравната каса/.

Двата списъка – позитивният и реимбурсният трябва да се обединят.

Постепенно държавата може спокойно да определи годишно, с колко ще се увеличи потреблението на лекарства, защото знае:

- броят на пациентите и
- необходимият брой на лекарствени опаковки.

Така държавата може да определи необходимият максимален размер на средствата, които са необходими за всяка група заболявания. В бъдеще, позитивния списък може да се изготвя по генерични наименования и срещу всяко да има максимален допустим таван на реимбурсиране, за да може касата да се договаря в тези определени вече рамки. В това се изразява смисълът на реимбурсния списък.

Финансирането на здравната система се извършва чрез средства, които постъпват по линията на:

- финансови постъпления от държавния бюджет;
- задължително участие на гражданите чрез лични осигурителни вноски в единната здравноосигурителна система;
- доброволно участие на гражданите по линията на доброволните здравноосигурителни фондове;
- заплащане от населението на определени здравни услуги.

През 2009 г. бе създадена Дирекция „Лекарствена политика” към МЗ. Нейна основна задача е провеждането на лекарствената политика и разработването на проекти на нормативни актове в тази област; също и анализирането, оценяването, прогнозирането на процесите, свързани с лекарственото снабдяване. Във тази връзка, особено съществен е контролът, който се извършва по реализирането на централните доставки на лекарствени продукти с оглед своевременно снабдяване на пациентите с тях.

Дирекция „Лекарствена политика” планира, разпределя и контролира централните доставки на фармацевтични продукти и свързаните с това финансови средства, заплащани от държавния бюджет. Дирекцията осъществява методическо ръководство върху лекарственото снабдяване и употребата на лекарствени продукти от страните получатели. Дирекцията ще подпомага работата на министъра на здравеопазването при изпълнение на правомощията му по Закона лекарствените продукти в

хуманната медицина, също работата на Висшия съвет по фармация, на Комисията по позитивен лекарствен списък, на Комисията по цените на лекарствените продукти като специализирани звена по въпросите на лекарствената регулация.

За да отговаря лекарствената политика на критериите ефективност, справедливост и прозрачност, то тя трябва да бъде насочена към по-пълно задоволяване на потребностите на населението от лекарства за домашно лечение, също при провеждането на комплексни мерки за предотвратяване на действия, които спомагат извършването на излишни и нецелесъобразни разходи.

В момента различни дейности, свързани с лекарствената политика, действително са разхвърляни на няколко места. Здравната каса например плаща лекарствата за домашно лечение по позитивния лекарствен списък. Самият списък се изготвя от специална комисия към МС, а цените се определят от друга комисия – по лекарствата - под предлог, че така се постига по-голяма безпристрастност. В същото време има Агенция по лекарствата, която регистрира лекарства и медицински изделия и контролира за нарушения на пазара. Отделно МЗ провежда търгове за скъпоструващи медикаменти.

Проведената реформа ще доведе до това хората да получат по-добър достъп до модерни лекарства. Така парите, предназначени за тази цел, ще се харчат по-ефективно, отколкото в момента. Сред новите предложения е и това, процедурите по разплащане на лекарства да се прехвърлят от МЗ към НЗОК. За това настояват отдавна и пациентски организации, които искат скъпи медикаменти да преминат към Здравната каса. Предлага се още на тръжни процедури за скъпоструващи лекарства да се допуска само по един представител на производителя за определен медикамент. Така ще се елиминира практиката в търговете да участват по няколко фиктивни

представители, задаващи по-ниски цени с цел отстраняване на конкуренцията.

Лекарствената политика е тясно свързана със здравната политика. От своя страна, здравната политика е специфичен елемент на социалната политика. Основна цел на социалната политика е социалната сигурност на населението. Здравната политика е система от дългосрочни официални решения за опазване на здравето, чрез които се оценява доколко многобройните дейности, които са свързани със здравето са приемливи относно преследваните цели и средствата за тяхното осъществяване. За реализирането на тези становища се ангажират здравната служба и други обществени сектори, които имат отношение към здравето на хората.

В края на годината беше отчетено, че за скъпоструващи лекарства през 2013 г. ще бъдат отделени 40 млн. лв. повече в сравнение с 2012 г. Във връзка с това съществува намерение за промени на досега действащите наредби и закони. 90 % от посещенията при лекар завършват с предписване на рецепта за прегледания пациент. Лекарствата са част от терапевтичния процес и в много страни разходите за лекарства са значителна част от разходите за здравеопазване. Лекарствената политика не може да се развива във вакуум. Когато е налице недобро лекарствено снабдяване и лошо предписване на лекарства за лечение, здравеопазването губи своето доверие у хората. Във връзка с това, целите на лекарствената политика трябва винаги да съответстват на целите на здравеопазването.

По отношение на своите финансово-икономически характеристики, генеричните лекарства постепенно трябва да заемат достойно място в европейските здравни системи.

По своята същност генеричните лекарства са същите като оригиналните, но оригиналният продукт е първата версия на едно лекарствено средство, а генеричното такова е същият продукт, който се въвежда на пазара след изтичането на патентния период. Основната

отличителна черта е тази, че генеричните лекарства струват по-малка част от стойността на оригиналния продукт, което е добра новина за държавните здравни фондове и за пациентите. Генеричните лекарства са неоригинални лекарства.

Правилата на реимбурсиране и ценообразуване на лекарствените продукти са предмет на постоянна критика във всички страни-членки на Европейския съюз /ЕС/. Непрекъснато се правят по-добри решения, които да бъдат в съответствие със законодателството на Европейската общност /ЕО/ и Европейската директива за прозрачност. В повечето от тези страни се упражнява контрол само върху цените на лекарствените продукти, които са включени в реимбурсните схеми; при всички останали продукти, производителят /вносителят/ може свободно да определя своите цени. Върху лекарствената политика в страните съществува граждански контрол.

На 10 юни 2008 г. страните-членки на ЕС одобриха новия Регламент на Европейската комисия /ЕК/ относно разглеждането на промените в условията на разрешенията за употреба на лекарствените продукти за хуманна употреба и ветеринарни лекарствени продукти, който ще замести сегашните Регламенти на ЕК № 1084/2003 и № 1085/2003.

През м. октомври 2008 г., GD „Enterprise & industry” на ЕК представи на Европейския парламент проект за Директива за информацията на пациентите, целящ да подsigури всички жители на ЕС достъп до качествена, обективна, надеждна и непредставяваща рекламна информация за лекарствата с рецепта.

Фармацевтичният бюлетин бр. 9/2008 г. заключава, че конкуренцията на фармацевтичните пазари в Европа не работи добре. Във връзка с тази недобре координирана работа, ЕК започна разследване във фармацевтичния сектор. Изводът е, че все по-малко нови лекарства

навлизат на пазара и влизането на генерични медикаменти понякога се забавя. Започналото в тази насока проучване е насочено към това:

- доколко споразуменията между фармацевтичните компании /относно разрешавания на патентни спорове/ нарушават забраната за рестриктивни бизнес практики;

- доколко компаниите са могли да създадат изкуствени бариери за навлизане на пазара чрез злоупотреба с патентни права, неоснователни съдебни процеси или други средства; и

- доколко такива практики нарушават забраната на Договора на ЕК за злоупотреби с доминиращи пазарни позиции.

По отношение на производството и търговията с генерични лекарства в България, се забелязват следните характерни черти:

- съществува ниска активност на генерични производители от други страни на българския пазар. Това ще бъде преодоляно чрез по-нататъшни законодателни промени, отнасящи се до фармацевтичния бранш;

- налице е сериозна необходимост от привеждане на българските производствени мощности към изискванията на добрата производствена практика, която изисква на пазара да е налице широка номенклатура, т.е. голямо разнообразие на генерични лекарства;

- и през 2012 г. се забелязва тенденцията, свързана със световната икономическа и финансова криза, за сравнително малката възможност от страна на държавата за увеличаване на финансирането на бюджета за лекарствено производство.

Лекарство снабдяването е регламентирано чрез редица закони и подзаконови нормативни документи, хармонизирани с изискванията на европейското право. Анализът на аптеките и населението, обслужвано от една аптека, показва, че броят на тези медицински звена у нас е много голям. В сравнение със стандартите на държавите-членки на ЕС една

аптека у нас обслужва от 1,5 до 5 пъти по-малко население. Съществен недостатък е, че те са разположени предимно в големите градове /41%/. Тази концентрация се дължи на обстоятелството, че издаването на разрешение за откриването им не е обвързано с демографските и географски особености, каквато е практиката в повечето страни на ЕС. Едновременното и взаимно свързано предлагане на стоки /лекарствени продукти/ в аптеките и услуги /съвети, консултации, информации и др./ в тях, е задължително във фармацията, но когато е налице само продажба на стоката и изключването на услугата се допуска грешка, която най-често се прави и най-сериозно се отразява на пациента. Недостатъчната информираност на пациентите, както и липсата на утвърдени правила за рационална лекарствена употреба, води до неконтролирано използване на лекарствените продукти.

Лекарствената регулация е термин, който е международно приет и с който се обозначава съвкупността от дейности, които държавата упражнява в различни сфери на фармацевтичния сектор, с цел да се осигури обществото с качествени, ефикасни и безопасни лекарства.

Лекарство е всеки краен продукт, който е вещество или комбинация на вещества, имащи за цел лечение или профилактика на заболявания при хора и се използва в крайна опаковка; също и вещество или комбинация от вещества, които се прилагат върху хора с цел диагностициране или възстановяване, коригиране или промяна на физиологичните функции на човека. От тук следва, че лекарството е продукт, който може да бъде и опасен.

Министерство на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса осигуряват лечението на особено значими и тежки заболявания като осигуряват скъпоструващи лекарства за тази цел.

Продължава хармонизирането на националното законодателство, регулиращо производството, вноса и дистрибуцията на лекарствените продукти в страната.

Производството на лекарствените продукти в България е модернизирано в съответствие с изискванията на ЕС. Въведен е контрол върху цените на употребяваните в страната лекарства и са установени практики на лекарствена селекция и реимбурсация, съответстващи на нуждите на населението и съвременните терапевтични изисквания.

Основните предизвикателства, които лекарствената политика предявява в настоящия момент са:

- подобряване достъпа на населението до качествени и безопасни лекарствени продукти;
- оптимизиране на дейностите по регистрацията и ценообразуването на лекарствата;
- въвеждане на интегрирана информационна система за изписване и отпускане на лекарства;
- подобряване контрола по разпределението и разпространението на лекарствени продукти;
- възстановяване и запазване на етичния модел на упражняване на фармацевтичната професия;
- обучение на медицинските професионалисти в насока рационална лекарствена употреба;
- преодоляване на проблемите, свързани със самолечението;
- повишаване информираността на пациентите за правилната употреба на лекарствата.

С Постановление на МС № 257/21.09.2004 г. е приета Наредба за правилата относно образуването на цените на лекарствените продукти при тяхната продажба на дребно; регламентират се още и правилата, по които се отпускат лекарствата по лекарско предписание; също и реда, по който се

регистрират цените на лекарствените продукти, които при продажбата им на дребно се отпускат без лекарско предписание. Принципите на механизма на ценообразуване са:

- образуване и утвърждаване на пределна цена на лекарствен продукт, който се отпуска по предписание на лекар по такъв начин, че тази цена да не бъде по-висока от референтната цена, която всъщност е най-високата цена на съответния производител в Румъния, Русия, Полша, Унгария, Чехия, Словакия, Испания, Португалия, Австрия;

- регистриране на цена на лекарство, което се отпуска без лекарско предписание след подаване на заявление за регистрация от конкретния производител, с посочена производствена и крайна цена /вкл. и ДДС/;

- определяне на надценки за търговец на едро и търговец на дребно в размери, които са диференцирани по ценови групи;

- възможност за промяна на утвърдената пределна цена в насока на увеличаване един път през една календарна година и неограничен брой промени в посока на намаление.

С Постановление на МС № 211/06.08.2004 г. е приета Наредба за условията и реда за договаряне на лекарствата, стойността на които се заплаща. Този документ е подобрен вариант на предишен такъв. Мотивите, поради които се наложи доработването му са:

- необходимост от създаване на условия за публичност и прозрачност на всички действия, които имат отношение към формирането на списъка с лекарствата, за които НЗОК ще заплаща напълно или частично;

- потребност от гарантиране на равни възможности и условия за свободна конкуренция между всички потенциални кандидати, които произвеждат лекарства.

Целта на Наредбата е да гарантира широка гама от медикаменти за лечение на определени заболявания, също да запази действащата лекарствена номенклатура с цел недопускане на рязка промяна в

установено вече лечение на пациентите. Забелязват се нови принципни постановки в нея, които се отнасят до:

а/ наличие на определени критерии за договаряне и включване на лекарствата в реимбурсния списък, което се изразява в:

- определяне и причисляване на международното патентно наименование, към което лекарството се причислява в лекарствената листа, която е покривана от обществен здравноосигурителен фонд на поне три от следните държави: Румъния, Словакия, Чехия, Полша, Гърция, Унгария, Латвия, Словения;

- присъствие на лекарствените средства в позитивния списък, който е утвърден с Постановление на МС от 2003 г.;

- съответствие между показанията за прилагане на лекарственото средство и списъка на заболяванията съгласно чл. 45, ал. 3 от ЗЗО;

б/ изчисляване на референтна стойност за единица лекарствено вещество по международно непатентно наименование и лекарствена реформа за определяне нивото на заплащане и стойността на всяко конкретно лекарство, която НЗОК заплаща;

в/ включване на представители на съсловните организации на лекарите и стоматолозите в процеса на договаряне на конкретните лекарствени продукти.

С прилагането на тази Наредба се отговаря основно на едно предизвикателство в областта на реимбурсиране на лекарствата в страната – създаване на оптимален потребностите на населението успоредно със спазване на финансовите рамки, наложени от финансовия бюджет за лекарствата на НЗОК. В тази насока, предизвикателствата, които се очертават сега и в бъдеще са:

- усъвършенстване на практически възможности и степен на информираност на населението от страна на независими компетентни източници;

- оптимизиране на информационния обмен между оторизираните институции и възможностите за обективна здравна информация по отношение на болестност и заболяемост и оттук, даване на необходимата преценка за реалните здравни потребности и приоритети;

- развитие и усъвършенстване на информационната система, която осигурява възможност за постоянно наблюдение на лекарственото потребление, също така и обективност на експертните анализи и изводи, както и възможност за съответен съвременен контрол;

- подобряване в качествена насока на административния и научния капацитет на НЗОК, вкл. и чрез привличане на външни експерти и консултанти за извършване на дейностите по съставяне на лекарствения списък на касата;

- определяне на оптимално съотношение между генеричните и иновативните лекарства в лекарствения списък на НЗОК.

Между генеричните и иновативните лекарства трябва да има оптимално съотношение, при което да се спазват следните зависимости:

- бъдещата тенденция е да нарасне наличността на генеричните лекарства, защото с всяка изминала година изтича срокът на патента на едни от най-търсените и продавани оригинални лекарства в страните от ЕС;

- генеричните лекарства обхващат около 70 % от обема на произвежданите и продавани лекарства и успоредно с това, само 30 % от общите разходи за лекарства;

- тази група лекарствени средства се продават с ценова разлика от 20-80 % по-надолу в сравнение с оригиналните лекарства. Така се постига намаление на разходите за производство и продажба общо на лекарствата с 13 млрд. евро годишно, пресметнато за страните-членки на ЕС.

По отношение на този проблем, за България е характерно, че:

- съществува по-ниска активност на генерични производители от други страни на българския пазар. Тенденцията е това да бъде преодоляно чрез по-нататъшни законодателни промени отнасящи се до фармацевтичния бранш;

- съществуваща минимална възможност за увеличаване на фиксирания бюджет за лекарства;

- постепенно привеждане на производствените мощности в българските предприятия към изискванията на добрата производствена практика, която отстранява временното ограничаване на номенклатурата и липсата на голямо разнообразие на генерични лекарства.

По отношение на финансово-икономическите характеристики, генеричните лекарства трябва да заемат достойно място в европейските здравни системи.

Позитивният лекарствен списък за 2012 г. включва 1450 лекарствени медикаменти. Този списък остава отворен, което означава, че неговото допълване ще продължава. Постепенно този списък се изгради като регулаторен механизъм и основен инструмент за реализиране на националната лекарствена политика, с която се гарантират интересите на обществото.

Списъкът включва четири части:

а/ за лекарствени продукти за лечение на заболявания, което лечение се заплаща по реда на Закона за здравното осигуряване;

б/ за лекарствени продукти, които са заплащани от бюджета на лечебните заведения по чл. 5 от Закона за лечебните заведения и от бюджета на лечебните заведения с държавно и /или общинско участие, по чл. 9 и чл. 10 от същия закон;

в/ за лекарствени продукти за лечение на заболявания, които остават извън обхвата на Закона за здравното осигуряване и които са заплащани по реда на чл. 82 ал. 1 т. 8 от Закона за здравето;

г/ за лекарствени продукти, предназначени за лечение на редки заболявания и СПИН, също така и за профилактика и лечение на инфекциозни заболявания.

Продължава включването и изключването на лекарствени продукти от списъка, които продукти отговарят на изискванията на закона и наредбата и които ще бъдат включени в позитивния лекарствен списък. Последният включва лекарства, които се отпускат по лекарско предписание и които са необходими за покриване на здравни потребности на населението и се заплащат с публични средства. Лекарствените продукти, които той съдържа са изготвени по фармакологични групи, като са посочени съответните международни непатентовани наименования /INN/, както и техните разрешителни относно употребата на дозови форми.

Лекарствените продукти се включват съобразно с доказателствата за тяхното качество, ефективност, безопасност, социална значимост и фармакоикономически показатели.

В позитивния лекарствен списък /ПЛС/ не са включени около 100 медикамента по различни причини; някои от които са, че медикаментите:

а/ не се заплащат от здравноосигурителните фондове на три от осемте референтни държави;

б/ нямат регистрирана цена за позитивния лекарствен списък;

в/ имат изтекли разрешения, касаещи тяхната употреба.

В този нов списък не съществуват заболявания, за които да липсват лекарства.

Освен включените медикаменти в разглеждания списък, е включен и техният относителен дял относно реимбурсирането им от НЗОК, също и възможността болниците да ползват този лекарствен списък при провеждане на обществени поръчки за осигуряване с лекарства за болнична помощ.

В ПЛС е заложена реална възможност, според която нивото на реимбурсация може да се променя два пъти в годината. В отделни групи лекарства, цената е намалена 10-15 %, което позволява да се завиши процента реимбурсация и да се включат нови лекарства в рамките на отпуснатите за целта средства. Обявените в списъка цени са пределни и над тях лекарствата не могат да се продават. В тези пределни цени са включени надценките на дистрибуторите и тези на аптеките.

Чрез създаването на Националната аптечна камара се цели да се защитят интересите на инвеститорите а аптечния бранш, да се формира правилна нагласа в обществото към аптеката като здравно заведение и уважение към персонала от фармацевти – магистри и помощници, които обслужват потребителите на медицински продукти. В тази насока можем да кажем, че дейността на камарата ще бъде насочена към защита интересите на инвеститорите в аптечния бранш.

От началото на 2011 г. броят на аптеките е намалял с близо 10 %, като се затвърждава тенденцията малки и отдалечени населени места да остават без аптечни заведения и без лекарствено обслужване. Фармацевтите посочват още, че от началото на годината се наблюдава рязък спад в броя на обслужваните пациенти, както и в обема на отпуснатите опаковки. Все повече аптеки дори и в големите градове прекратяват работа с НЗОК поради забавени плащания, което лишава стотици болни от жизнено необходимите им медикаменти и ги принуждава да пътуват далече или да обикалят дълго, за да получат това, от което се нуждаят. С особена острота това важи за скъпоструващите лекарства отпускани по протокол.

На България е необходима обоснована лекарствена политика – икономически и научно. Според Атанас Щерев, до 1995 г. относителния дял на средствата за лекарства в България непрекъснато е нараствал, за да достигне този размер до 30 % от публичните разходи за здравеопазване, а

лекарствата на аптечния пазар да са 1 млрд. и 50 млн. лв.\* Изследването сочи, че в изключително бедните и недемократични страни като центларноазиатските и централно-африканските, парите за лекарства са около 50 – 60 % от общите пари за здравеопазване. В същото време, в страните от ЕС, разходите за лекарства са до 10 – 15 % от общите разходи за здравеопазване, а в България този размер е 30 %. Така ние попадаме в незавидна позиция, в която се срещат интересите на държавата и потребителите като не винаги лекарствените проблеми се разрешават в полза на болните.

Авторът поддържа мнението, че при положение, че в страната е налице процентно намаление на средствата за лекарства, то при тази ситуация трябва да се помисли за начина, по който тези пари да се управляват по-добре, като остават на един постоянен размер от около 500 млн. лв. Според него, тези средства трябва да се съсредоточат в НЗОК. Необходимо е още изработването на „единен лекарствен списък”, в който включването на медикаменти да почива на прозрачни обективни критерии.

Атанас Щерев предлага „...създаването на структура като Агенция по качеството, към Министерския съвет, която да е независима от МЗ и НЗОК, която да провежда анализи и изследвания относно качество, ефективност и фармакоикономически показатели на лекарствените средства и лечебните методи”\*\*. При положение, че разполага с такива данни, Комисията по прозрачност може да бъде улеснена при даването на компетентно научно-обосновано, икономически целесъобразно становище за включване на лекарства в списъка. Създаването на такава структура ще позволи да се извърши сравняване не само между отделни лекарства, но и между различни методи на лечение. Така според него ще се осигури баланс между генерични и иновативни лекарства, отделянето на истински иновативните от т.нар. „иновативни лекарства” – известно е, че 10 % от новите молекули

на пазара са истински иновативни медикаменти. Този подбор трябва да бъде научно обоснован. За целта трябва да бъде създадена съответна институция. С въвеждането на такава практика ще бъде гарантирано провеждането на модерна лекарствена политика, която отговаря на потребностите на обществото и потребностите на държавата.

Атанас Щерев сочи, че една от главните цели на лекарствената политика е „стационаране на разходите за лекарства при нарастване разходите за здравеопазване /процентно намаление/ ...”<sup>2</sup>. Необходимото условие, за да има обективност в действията при провеждането на лекарствената политика е, да се извърши съсредоточаване на публичните средства за лекарства както и тяхното изразходване от единен източник – НЗОК.

Според проф. Д-р Ст. Гладилов, един от основните проблеми, който има отношение към развитието на българското здравеопазване е неговото „хроническо недофинансиране”. Авторът разработва концепция – прогноза за разходите за здравеопазване за периода до 2020 г. ще имат следния прогнозен размер:

Според него, един от основните проблеми на финансирането в здравната сфера е, че това за текуща дейност следва изцяло да бъде поето от НЗОК. Докато финансирането на националните профилактични програми следва да визират най-важните за обществото приоритетни проблеми и да бъдат дефинирани като програми, които са финансирани от МЗ. Степента, в която това финансиране трябва да бъде, се определя от нормалното функциониране на българското здравеопазване<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Щерев Ат., Здравеопазването в България днес и утре, глава IX Национална лекарствена политика, стр. 157

<sup>3</sup> Щерев Ат., Здравеопазването в България днес и утре, глава IX Национална лекарствена политика, 158 стр.

Таблица 1 Разходи по години

години	2010	2015	2020
разходи			
1. БВП в млн. лв.	69 177	90 508	118 291
2. Разходи за здравеопазване			
от бюджета и от НЗОК в:			
- абсолютна сума – млн. лв.	3 458	5 249	7 689
- в % от БВП	5.0	5.8	6.5
3. Разходи за здравеопазване			
от домакинствата:			
- абсолютна сума – млн. лв.	2 353	3 075	10 055
- в % от БВП	2.6	2.6	2.6
4. Разходи за здравеопазването			
от доброволни осигурителни фондове в:			
- абсолютна сума – млн. лв.	276	1 267	2 366
- в % от БВП	0.4	1.4	2.0
5. На глава от населението:			
- в лв.	732	1 197	1 834

\*Проф. Д-р Ст. Гладилев, Икономика на здравеопазването, изд. ПРИНЦЕПС, С., 2009, стр. 139

## II. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ОПИТА НА РАЗВИТИТЕ СТРАНИ В ОБЛАСТТА НА ЛЕКАРСТВЕНАТА ПОЛИТИКА

Развитите страни прилагат затворени системи на развитие на своето национално здравеопазване и лекарствена политика, които са по-евтини, с по-ниски публични разходи конкретно за развитие на тази обществена сфера. Характерно за тези системи е, че при тях делът на публичните болници е по-голям, на персонала се заплаща месечна заплата, болниците се финансират от годишен бюджет. Началното ползване на услугите на здравната система е чрез записване на пациентите при определен лекар по обща медицина. Тези здравни системи се предпочитат от държави, които имат по-ниски доходи на жителите. Системите са удачни относно намаляване на разходите; ефикасни са по отношение на резултатите, които са отразени в общите здравни показатели на дадена страна /детска смъртност, продължителност на живота/. Близки до този тип са здравните системи на Швеция, Финландия, Дания, Великобритания, Испания, Португалия, Ирландия и Гърция.

По отношение на източника на финансиране здравните системи се класифицират на три вида:

а/ държавно-обществено здравеопазване /егалитарна система/.

Определящото за достъп до здравните услуги са здравните потребности на населението и хуманните мотиви на здравната система и специалистите в нея. При тази система, финансирането се извършва от държавния бюджет. Такъв вид здравеопазване е изградено в Швеция, Дания, Испания, Великобритания, Канада. Системата има възможност да предлага почти неконтролирано голям брой здравни услуги. Освен това, системата позволява на пациентите да търсят медицинска помощ при недостатъчна налична потребност от здравни грижи. Лекарите не винаги се съобразяват с действително необходимите разходи за медицинско лечение на

пациентите. Заплащането на медицинския труд не е особено високо. Слабостите в тази здравна система са пряко свързани с липсата на добър мениджмънт в здравния сектор. Нейното по-нататъшно развитие ще доведе до постигане на такива добри резултати, каквито имат Скандинавските страни, Великобритания и Канада;

б/ либерална система /преобладаващ частен сектор/. Достъпът до здравни услуги се определя от възможността и от желанието те да се заплатят. Отговорността за качеството на услугите се поддържа от мотива за печалба. Пример за такова изградено здравеопазване е САЩ. Системата осигурява голяма свобода на лекарите, което е изгодно за тях и поради това има свръх предлагане на здравни услуги. А, за да се задържи нивото на доходност, достъпът до медицинската професия е труден и ограничен;

в/ здравно-осигурителна система /социално здравно осигуряване/. Системата е добре развита в Германия, Италия, Франция, Австрия. Целта на тази система е силно да минимизира разходите на микроравнище, но тя среща сериозна трудност поради невъзможността да контролира високите разходи на макро ниво, което е свързано с неспособността да се контролират предлаганите количества здравни услуги;

г/ смесена система. Начините, по които се извършва смесване на системите са:

- смесване на една система с комбинирани принципи;
- смесване на две самостоятелно действащи системи, при което нито

една от тях няма доминираща роля;

- смесване на една система с доминираща роля и друга система с второстепенна роля.

Държавите най-често прилагат смесените системи от третия тип, при които частната система доминира. Стремелът на частната система е да организира обществената система, която на свой ред да се погрижи за

социално слабите хора. Частната система от своя страна покрива потребностите от здравно осигуряване на по-заможната част от обществото.

Оценяването на всяка една здравна система е от гледна точка на здравно-социалния ефект, който тя осигурява. Широко разпространена тенденция в съвременния свят е да се създаде такава система в здравеопазването, която да бъде основана на различни форми за неговото финансиране. По този начин ще бъде засилена отговорността за качеството на предоставяните здравни услуги на населението.

Основа за изграждането на здравно-осигурителните системи на държавите членки на ЕС са формиралите се исторически, политически, културни, социално-икономически и политически дадености. В **Испания** здравно-осигурителната система е смесена – държавна и частна, при което доминираща роля има държавната. Тя работи на базата на договори с частни здравно-осигурителни системи от гледна точка на ползването на потребности от изследвания, специализирана помощ, болнични стаи и т.н. Преобладаващо е развитието на частната здравно-осигурителна система – около 80 % от общата национална здравна система на Испания. Удържаният размер за медицинско осигуряване и пенсия е в размер на 6 % от заплатите на работещите.

В **Белгия** всички работодатели /държавни, обществени или частни/ внасят определен процент върху работната заплата в специален фонд за социално осигуряване. Вноската е около 30 %. По този начин в Белгия е изградена задължителна обществено-държавна система за социално осигуряване.

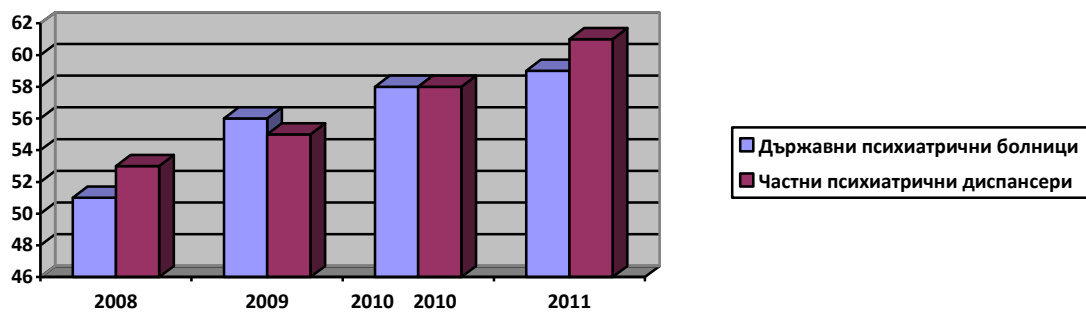
В **САЩ** здравните заведения изцяло са финансирани от държавния бюджет.

**Сравнителен анализ в други страни. Колко пари генерират за психиатрични лекарства, и колко е разликата с България?**

Австрия, Норвегия, Швейцария са страните с най-добрите здравни системи. Те отделят и най-много средства за здравеопазване.

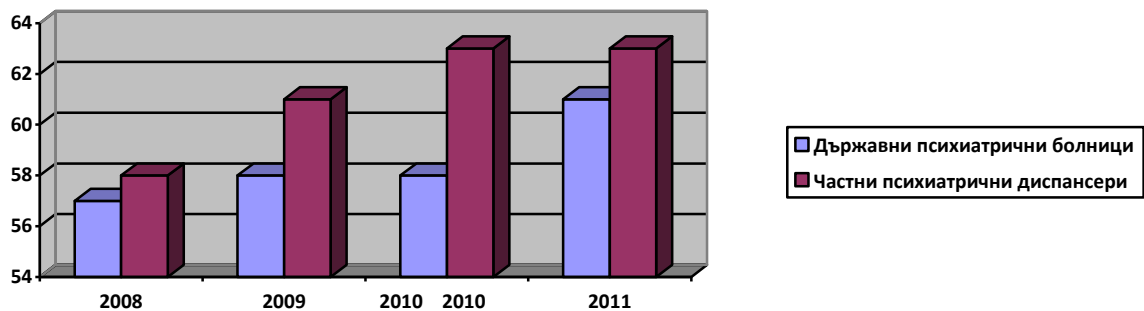
Стойност на 1 леглоден в евро  
/Австрия/

Фигура 1



Фигура 2

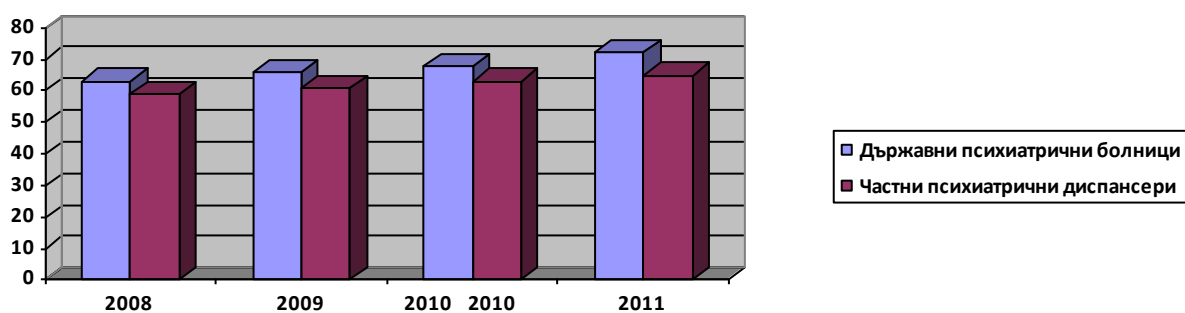
Стойност на 1 леглоден в евро  
/Норвегия/



Фигура 3

Стойност на 1 леглоден в евро

/Швейцария/



В Австрия, Норвегия и Швейцария психиатричните заведения разчитат много на частно спонсориране. Тази социална дейност е силно развита.

България отделя най-малко пари за психичното здраве на нацията си.

Съществуват разлики в стойността на лечението на един болен в лечебните заведения от различен тип /Табл. 2/.

Таблица 2

Стойност на 1 леглоден в лв.

/България/

Лечебни заведения	2008	2009	2010	2011
Държавни психиатрични болници	14.5	15	15.5	16
Общински ЦПЗ	15	15,5	16	16,5
Психиатрични отделенията към МБАЛ	24	25	26	27
Университетски клиники	38	40	42	44

Средният престой на лечение в болнично заведение на 1 психиатрично болен в България за 2010 г. е 25.6 дни; за 2011 г. е 29.5 дни.

### **III. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИ И МАТЕРИАЛИ**

Главна цел на разработката е да се изследват възможностите за усъвършенстване управлението на лекарствената политика в психиатричната помощ с оглед на изготвяне на практически ориентирани решения за повишаване на ефективността на изразходване на ограничените финансови средства.

Реализирането на целта ще се постигне чрез задачи в областта на:

- сравнителен анализ за стационарните психиатрични заведения в страната;

- изследване на закономерностите на пазара на лекарства, с оглед определяне на ролята на държавата в управлението на разходите за лекарства;

- насоки за подобряване на финансирането на лекарство снабдяването в психиатричните стационарни заведения в България и оптимизиране на разходите за

- регулиране и контрол върху разходите за медикаменти в психиатричните заведения

Настоящият дисертационен труд представлява обширен мета-анализ на актуалния въпрос за значението, ролята, несъвършенствата, възможните направления за усъвършенстване и т.н. на лекарствената политика у нас.

Икономическата политика в сферата на здравеопазването в България се осъществява на базата на определена здравно-политическа концепция и основаващи се на нея приоритети. С приемането на нови закони в здравеопазването се променя цялостния механизъм на управление на здравната система, нейната организация и финансиране.

Мета-анализът на направените до момента проучвания ще осветли основните лекарствени проблеми, здравни проблеми, ефекти и резултати от провежданата здравна реформа.

Съществуващите публикации в сферата на лекарствената политика имат различни аспекти на разглеждане на проблема, но нито един от тях не представлява цялостна оценка на обществените мнения и професионална удовлетвореност.

По принцип оценката като управленска функция се осъществява по правило в края на определен период, когато са налице определени конкретни резултати и ефекти от реализирането на дадена промяна.

Обществената оценка за качеството на лекарствената политика в сравнение с професионалната оценка има различни аспекти. За пациентите, качеството се основава на различни критерии, при които субективността има голяма роля за крайната удовлетвореност. За здравните професионалисти, качеството се отнася до скала за оценка на техния професионализъм. Чрез тази скала се оценяват техните диагностични и терапевтични умения. За финансиращите институции качеството се оценява чрез множество изисквания, например сигурност на лекарствената политика, контролиране на разходите в системата на здравеопазването и т.н. Тази оценка е свързана със следните критерии:

- степен на достъпност при покриване на определени изисквания до безплатни лекарства;

- своевременно коригиране на лекарствената политика и нейното отражение върху нуждаещите се от специални здрави грижи и финансирано лечение българи;

- продуктивност на лекарствената политика;

- уместност от прилагането на едни или други действия на тази политика;

- безопасност от определените резултати, до които ще доведе прилагането на едни или други принципи на лекарствената политика;
- удобство, което създава за хората прилагането на нейните постановки;
- обществена и държавна удовлетвореност от постигнатите резултати от прилагането на постановките на лекарствената политика и лекарство снабдяването на населението.

Проблемите в лекарствената политика опират до проблемите в здравеопазването по принцип. Основните от тях са свързани с корупцията /под формата на провинили се работещи в системата както и сериозни пропуски в организацията, които поражда корупционни действия/, нереални цени на лекарствата, ниско качество на лечението, недобре структурирана лекарствена политика на правителството и на НЗОК и т.н.

Според М.Абрашева<sup>4</sup> най-важният въпрос, който обществото си задава относно лекарствената политика и свързаното с нея здравеопазване е: кой и как системно контролира харчените обществени пари за здраве?

Настоящата разработка търси отговор на въпроса, ефективна ли е разработената и прилагана лекарствена политика в страната, икономически оправдани ли са цените на здравните услуги. Посоченото изследване в определена степен показва какво е отношението на населението към лекарствената политика, обществената нагласа към проведените и предстоящите за провеждане лекарствени реформи в страната.

В пряка връзка с лекарствената политика е лекарствената регулация, която държавата упражнява в различни сфери на фармацевтичния сектор, за да осигури обществото с качествени, ефикасни и безопасни лекарства.

---

<sup>4</sup> Веков Тони, цитат на М. Абрашева в неговата статия Мета анализ на изследванията на общественото мнение относно здравната реформа; Публикация в Съвременна медицина, 2009, брой 1/2, том 60

Съгласно приетата в момента терминология, утвърдена въз основа на дълъг профилактика на заболявания при хора и се предлага в окончателна опаковка, както и вещество или комбинация от вещества, които се прилагат върху хора за диагностициране или възстановяване, коригиране или променяне на физиологичните функции на човека.

Тази дефиниция акцентира върху полезната и по-широко известната страна на лекарството. Но то е и продукт , който може да бъде опасен. Това са знаели още древните египтяни и гърци, които 1000 г. преди новата ера контролирали производството на лечебните средства. Това са знаели и мудис ахибите в арабските страни, когато са контролирали екстрактите, влагани в тогавашните лекарства. Лекарство е всеки краен продукт, който представлява

вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение или за научно-

практически опит.

България е страна, която в своята млада следосвобожденска история е отдала значимото на този процес и днес, стъпвайки на традицията защитава своето място на европейска страна със съвременна лекарствена регулация.

## ***1. Използвани методи***

### **1. Сравнителен анализ**

Сравнени са опита на някои развити страни и тяхната политика в посока на лекарство снабдяването с действащата лекарствена политика у нас. От анализа се вижда доста висок дисонанс в политиката на лекарство снабдяване между разглежданите държави и България. Направени са сравнения за икономическите компоненти и лекарство снабдяването в психиатричните стационарни заведения в България.

### **2. Критичен анализ**

Изготвен е критичен анализ на действащата лекарствена политика у нас, както в национален мащаб, така и в частност, в четирите психиатрични болници обект на разработения труд.

### **3. Макроикономически анализ**

Изготвен е макроикономически анализ на лекарство снабдяването в национален мащаб. Разгледана е и е анализирана лекарствената политика в психиатричните здравни заведения в България.

#### **4. Микроикономически анализ**

Изготвен е микроикономически анализ на лекарство снабдяването в четири психиатрични здравни заведения. Разгледана е и е анализирана лекарствената политика на всяка една от психиатричните болници.

#### **5. Фармакоикономически анализ**

Направен е Фармакоикономически анализ на използваните лекарствени медикаменти в психиатричните здравни заведения.

Пряко свързани с лекарствената политика, но по-скоро в рамките на отделни болнични заведения са фармакоикономическите анализи, чиято технология на разработката не се прилага, но чиито резултати се ползват. Тези анализи дават възможности да се сравнят различните лечебни подходи по отношение както на техните резултати, така и на тяхната цена. Те не само описват разходите за прилагането на една или друга лечебна схема, но ги съпоставят с постигнатите резултати в рамките на една програма или между две съществуващи възможности за избор. Резултатите от тези проучвания дават възможност за вземане на решение, което е основано на доказателства, при избор на един или друг лечебен подход. Това е крайно необходим момент, за да могат лечебните заведения да защитят потребните им финансови средства, за да осъществяват своята здравна политика.

Основната цел при този анализ е да се постигне намаление на разходите за лечение при запазване и подобряване на здравното състояние на нацията и на всеки здравноосигурен гражданин.

#### **6. SWOT анализ**

Направеният анализ разглежда силните и слабите страни на анализираниите психиатрични болници, както и възможностите за тяхното развитие, и потенциалните заплахи.

## **7. Графичен анализ**

Изготвен е и е представен графичен анализ на различни показатели в психиатричните здравни заведения.

### ***Време на проучването***

Проучването бе проведено във времевия диапазон от 01.01.2008 година до 31.12.2011 година.

### ***Място на проучването***

Проучването бе проведено в следните психиатрични болници:

1. Център за психично здраве със стационар /ЦПЗ/ - гр. Враца.
2. Държавна психиатрична болница „Свети Иван Рилски”.
3. „Център за психично здраве със стационар – София област” ЕООД
4. Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм /ДПБЛНА/ – Суходол.

#### **IV. КРИТИЧЕН АНАЛИЗ НА ДЕЙСТВИТЕЛНАТА ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА У НАС. ДИРЕКЦИИ В МИНИСТЕРСТВОТО**

##### ***1. Негативи на лекарствената политика на българското правителство.***

Новата лекарствена политика, провеждана в условията на икономическа криза представлява писмено ръководство за действие, което съдържа средносрочни и дългосрочни цели, както и приоритети за тяхното постигане относно осигуряването на търговската мрежа с лекарства. Новата лекарствена политика е обща рамка, в която се осъществяват фармацевтичните дейности и се извършва координация на развитието на фармацевтичния сектор.

Новата лекарствена политика се отнася както до частния, така и до държавния сектор и тя включва всички фармацевтични организации и институции. Една от нейните основни задачи е да осигурява равноправие на участниците и стабилност относно развитието на фармацевтичния пазар.

Целите на новата лекарствена политика, която държавата провежда в условията на икономическа, финансова и социална криза са:

- достъпност, което означава, че е необходимо основните лекарства да бъдат налични и финансово достъпни;
- качество, което освен до качеството се отнася и до безопасността и ефикасността на всички лекарства;
- рационална употреба – терапевтично обоснована и икономически ефективна употреба на лекарствата от здравните специалисти и потребителите.

Концепцията за „основни лекарства” съдържа следните основни моменти:

- състои се в разбирането, че определен брой грижливо подбрани лекарства, въз основа на съгласувани терапевтични ръководства водят до по-добро снабдяване и до по-рационално използване на лекарствата;

- към тази група се отнасят такива лекарства, които удовлетворяват най-често здравните потребности на преобладаваща част населението и поради това те трябва да бъдат достъпни винаги, в подходящи дозови форми и на поносима за хората цена;

- „основните лекарства” се определят от МЗ и здравните специалисти в официално публикуван списък;

- до края на 2009 г. почти всички развити и развиващи се страни имат свой есенциален списък /позитивен списък/.

Списъкът с основните лекарства може да се използва за нуждите на снабдяването, реимбурсирането и контрола.

Приложението на този списъкът е само за целите на заплащане на безплатни или частично платени лекарства.

Анализът на държавния бюджет за 2010 г. сочи, че за „политика в областта на лекарствени продукти и медицински изделия” на здравното министерство, са предвидени над 144 млн. лв. Това е близо 4 млн. лв. по-малко за 2011 година. Само за съпоставка, в държавния бюджет за 2009 г. са предвидени 148 млн. лв. По Наредба № 34, за скъпите лекарства за редки болести, за хемодиализа, бяха предвидени 112 млн. лв.; толкова бяха предвидени и през 2008 г., а през 2007 г. – те бяха с 30 % по-малко. Тези средства са значително по-малко от предходната 2008 г., когато в това перо са били заделени над 156 млрд. лв. от бюджета за предходната 2007 г., когато са били предвидени 98 млн. лв.

Политиците определят като неправилно НЗОК да преценява количеството на специализираните медицински дейности на всяко 3-

месечие. Според тях, това ограничава достъпа на хората до медицинска помощ. Наличието на лимити в броя на назначаваните прегледи при специалист не дава право на всички нуждаещи се да получат специализирани здравни услуги. Но според Конституцията, всички граждани имат свободен достъп до здравеопазване. Съгласно чл. 5 от Закона за Бюджета на НЗОК, тази осигурителна институция ще определя годишните разходи за болнична помощ на районните здравни каси като ги разпределя по месеци. Само така определени, бюджетите на лечебните заведения могат да съдействат, те да изпълнят собствените си разчети. От своя страна, това също води до ограничения в достъпа на медицинска помощ. Така на практика може да се достигне до реално по-голямо търсене на здравни услуги, което ще надвиши определения от касата лимит, а общо практикуващите лекари няма да успеят да осигурят направления за специалисти или изследвания на всички желаещи. Това може да даде възможност за поява на корупционни практики, защото лекарите сами трябва да преценяват на кого да помогнат и на кого не, а тази преценка не винаги е обективна и безпристрастна.

В страните от ЕС отделяните средства за здравеопазване са в размер на 8 % от БВП. Но като цяло, у нас средствата за здравеопазване са ограничени. В същото време, всеки български гражданин ползва безплатно ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, биопродукти, които са свързани с профилактиката на заразните болести, също и технически средства за прилагането им.

Проведеното проучване на общественото мнение от агенция MBMD показва, че българското общество поставя оценка „добър 3.67” за здравните услуги. Това е преценка за качеството на тези услуги, поставена

на база национално представително изследване на MBMD, по проблема „удовлетвореност на населението от здравни услуги”<sup>5</sup>.

Получените данни изглеждат така:

43 % от хората са ползвали здравни услуги между 2 и 5 пъти;

36 % от хората са ползвали здравни услуги по-малко от 1 път;

22 % от хората са ползвали здравни услуги 6 и повече пъти;

72 % от населението над 50 г. е ползвало здравни услуги 6 пъти годишно;

При леки здравословни проблеми 51 % от анкетирания се лекуват вкъщи сами, а 13 % отиват при специалист срещу заплащане.

И през 2012 г. като основен социален проблем остава този за здравната осигуреност на българските граждани. За да може да се достигне до положителна и работеща лекарствена политика, пациентите в България трябва да имат по-сигурен достъп до лекарствата. Но тенденцията остава в сила и през 2012 г. – цените на лекарствата на българския пазар остават високи. Производствените цени на тази категория стоки се регулират от национална комисия, която има за цел да следи, те да не бъдат по-високи от най-ниската цена в осем държави в Европа. По този начин се гарантира, че на ниво производител, медикаментите у нас са най-евтините в Европа. В това твърдение всеки може да се убеди като посети интернет страницата на МЗ.

Според проучване на Евростат, въпреки високото ДДС у нас, България е сред петте страни с най-ниски цени на лекарствата в Европа.

Случаите, при които определено лекарство е по-скъпо у нас, отколкото в Румъния или Гърция, се дължат най-вече на това, че след като се регистрира най-ниската производствена цена, комисията му начислява

---

<sup>5</sup> бюлетин на MBMD, бр. 38/16.02.2010 г.

20 % ДДС, а в осемте държави, прилагани за сравнение, ДДС е между 0 % и 9 %.

Това води до оттегляне на лекарствата от българския пазар и до това пациентите да заплащат повече за тези продукти.

Общите разходи за лекарства /на държавата и гражданите заедно/ за 2008 г. са 1.6 млрд. лв. или 208 лв. на глава от населението.

За същата 2008 г., българите за изпушили цигари за 2.1 млрд. лв. или 273 лв. на човек от населението.

Във връзка с това може да се отбележи, че българите живеят 5 – 8 години по-малко от гърците.

За 2008 г. гърците са изпили лекарства за 11 млрд. лв., което означава по 1028 лв. на човек от населението /при 10.7 млн. души/. Това е 4 пъти повече от България. Тенденцията за нашата страна е, че разходите за лекарства, правени от населението ще растат, защото нацията застарява; заболяемостта се увеличава; постоянно се откриват все по-нови лекарства.

Управляващите трябва да направят необходимото, в бъдеще пациентите да плащат лекарствата си при по-голяма помощ от държавата.

Въпреки амбициите на МЗ, продължава масовия хаос в болници и аптеки по повод на съществуващата безизходица относно нелекувани пациенти. Амбицията на здравната система у нас е да продължава да се реформира. Продължава проблемът на пациентите – те не могат да намерят необходимите и полагащите им се от държавата лекарства. Проблемът произтича от това, че аптеките нямат пари да ги закупят, от една страна, но и нямат търпение да чакат с месеци касата да им изплати средствата за тях.

В действителност, дефицитът на НЗОК е още от месец ноември 2009 г. До края на месец април 2010 г., тя реално не беше изплатила ноемврийските си задължения към болниците. По закон, срокът за това е

30 дни. За аптеките и за лекарите, срокът за това е различен. При аптеките срокът е 45 - 47 дни, но без да се включват празничните дни. Отделно, касата забавя дължимите на аптеките пари. От своя страна, аптеките няма откъде да вземат необходимите пари, за да заредят договорените с НЗОК лекарства.

Оттам по веригата се достига и до пациентите, които няма откъде да си осигурят медикаментите. Постепенно, аптеките, които не са получили средства от касата спират да зареждат лекарствата по договорите с НЗОК. От своя страна, тя има право да глобява при проверка тези от тях, в които се докаже, че не зареждат лекарствата, които са по договори с касата. Така касата показва на практика едни монополни привилегии. Това принуждава аптеките да прекратят своите договори с касата. Фактите показват, че откакто е въведен позитивния лекарствен списък /ПЛС/ във варианта му, в който е сега, няма ясен регламент, нито ясно изчисление за необходимите средства за лекарства. Сега у нас повечето пациенти на скъпоструващи лекарства, за които касата няма пари да ги плаща, сами са принудени да си ги набавят като ги закупуват с лични средства.

Така постепенно разпространението на лекарствата от списъка спира. На практика се получава, че няма един регламентиращ документ, чрез който в демократичните условия в страната да определи същността на лекарствената политика. България остана една от малкото държави, в която няма действена лекарствена политика. Не съществува концепция, която да определи какви и колко лекарства трябва да се продават и кои медикаменти са по-необходими на пациентите. България няма и нужното разпределение на болниците – липсва ясна цел, колко болници правителството намира за удачно да има, какви да бъдат те, колко специалисти са необходими в тях.

Лоша е политиката и по отношение на аптеките – в резултат на нея за една година са фалирали 1 000 аптеки. Оказва се, че в някои населени

места няма нито една аптека, а в големите градове – на всеки ъгъл има по една. В това отношение е необходим регламент, който да определя колко аптеки на единица площ спрямо броя на населението трябва да има.

Трябва да се промени целта на фармацевтите – те не само да продават лекарствата като вид стока, а да регулират достъпа до тях. Това означава, че до определено лекарство пациента трябва да има достъп само, ако то му е предписано от лекуващия лекар, ако му е извършен преглед и ако фармацевтът е съгласен с предписаното му лечение.

Ако погледнем практиката в западните страни, то ценообразуването у нас трябва да се промени. Цената трябва да бъде определена не с надценка, а да има твърда такса за обслужване. По този начин ще се избягват злоупотребите, а и българинът няма да харчи толкова много пари за медикаменти. В същата насока погледнато – трябва да се намали ДДС върху лекарствените продукти. Това ще намали приходите в хазната, но ще облекчи семейния бюджет на българина. В крайна сметка лекарствената политика ще бъде действена и реално обърната към потребностите на хората.

В последните години стойността на лекарствения пазар в страната е 2 млрд. лв. годишно. Само 800 млн. лв. от тях заплащат НЗОК и МЗ. За разлика от България, в Европа пациентите заплащат само 15 – 20 % от цената на предписаните лекарства. Успоредно с това, в редица европейски страни в последните години се провежда политика на намаляване на цените на лекарствата. Например в Гърция е обявен анти кризисен пакет за намаление на цените на лекарствата средно с 21 % при доставчиците на едро. В това отношение, у нас здравното министерство трябва да предприеме действия за подобряване на контрола върху лекарствата и за намаляване на крайните цени - цените за гражданите като крайни потребители.

В това отношение, МЗ определя особеностите на нормативната уредба в страната и това, че в нея са заложили механизми, които позволяват да се поддържат ниски цени на лекарствата. Екипът на здравното ведомство подготвя допълнителни анти кризисни мерки и конкретни действия в тази насока относно оптимизирането на ценовата и реимбурсната политика.

Анализът на действителната практика в страната показва, че едни и същи хора участват в оценяването на качествата на определено лекарство и участват във вземането на решение за неговото заплащане. Тази практика опира до конфликт на интереси. Пример за това е факта, че в България годишно се извършват 450 клинични изпитвания на лекарства. Те струват около 45 млн. лв.

Участието на България при изпитвания на лекарства е привилегия за страната ни, която по този начин е зачитана като достоен партньор във фармацевтичната наука и ѝ е гласувано доверие, че в тази насока разполага с подготвен кадрови потенциал и капацитет, който ѝ позволява да работи по такива световни проекти. Участието в подобни проучвания и внедряване на лекарства винаги е съпроводено с подписване на декларация, че лицата нямат конфликт на интереси.

За своето лечение през 2012 г. пациентите са платили над 1 млрд. лв. В същото време, делът на държавно финансиран пазар на лекарства у нас е едва 36 %, при средно ниво за Европа 85 %. Здравното министерство направи Национална здравна карта на лечебните заведения, от които населението има нужда. Предвижда се през 2013 г. държавата да плати от стойността на лекарствата малко над 1/3, т.е. около 35 %. Ако прибавим т.нар. нерегментирани плащания, то съотношението между държавни и лични средства е за сметка на българския гражданин – съотношението е 4/3.

По статистически данни средствата за здравеопазване за периода от 2001 – 2011 г. са нараснали два пъти. В сравнение с аналогични показатели в страните от ЕС съпоставката показва, че в България е налице неефективно управление на наличните ресурси и некачествена здравна грижа. В потвърждение на това са протестите на лекари срещу начина на финансиране на здравната система, недостатъчните средства за клиничните пътеки и други неясноти при работа в сферата на здравеопазването.

Недостатъчен е броят на медицинските сестри, които се падат на един лекар. У нас този показател е 1.2, а световната практика изисква той да е 2.

Търсенето на по-добри условия на работа, по-високи заплати, по-добри условия на живот създават предпоставки за това много лекари и медицински сестри да търсят работа зад граница. По мнение на работещите в този сектор на икономиката, реформите не бива да се отлагат във времето.

Когато държавата обяви обществена поръчка за медикаменти, а някои от предлагащите участници в търга дават 0 % отстъпка в офертите, то тази поръчка трябва да бъде спряна. По този държавата ще постигне своята цел – производителите да свалят цените.

Значителна част от парите на болниците отиват за лекарства. Например в сърдечната хирургия не е оправдано да се работи с генерични антибиотици. Всеки професионалист предпочита за притежава оригиналния продукт. В случая между генеричните и оригиналните продукти има разлика. Практиката показва, че едно и също генерично лекарство на двама производители дава различни ефекти. Едното не дава почти никакъв ефект, а другото е много добро. Така и при тях понякога разликата е голяма. Пациентите с присадено сърце знаят, че живота им е ограничен до 10 – 15 години. В крайна сметка проблемът е в страничните

ефекти, които получават от лекарствата, които приемат. Поради това те предпочитат лекарите да им изписват оригинални лекарства.

Проблем на лекарствената политика е 20 % -товия ДДС. А има европейски страни, в които този данък е 2, 3 или 7 %. Високият размер на ДДС води до по-високи разходи за лекарства не само за пациентите, но и на болниците.

Съществува и друг проблем. Ако касата определи, че ще реимбурсира не процент , а например 90 ст. от едно лекарство, то фирмата - производител ще го направи то толкова да струва. Производителят има точно този интерес – НЗОК да плаща всичко, защото тогава хората ще търсят медикамента и оборотът ще се повиши. Ако се плащат частично две сходни лекарства, то пациентът има възможност да избира между тях. А ако се намали цената на едното и НЗОК го заплаща 100 %, то тогава само то ще се купува. От тази промяна може да спечели както пациентът, така и бюджетът.

От м. април 2010 г. съществува предложение на зам. управителя на здравната каса, болните да заплащат на аптеките такса „рецепта”, за да получат правото да си вземат лекарствата от държавата. Целта на предложението е да се спестят средствата, които сега касата заплаща за рецептите. Сега касата заплаща на фармацевтите по един лев за изпълнение на всяка безплатна рецепта. Месечно броят на тези рецепти е между 400 000 и 450 000. Това означава, че бюджетът на НЗОК намалява месечно с тази сума. Допълнително касата заплаща банковите такси и за превода.

Пациентски организации се обявиха против това нелогично предложение, защото няма смисъл социално слаби и хронично болни да се задължават да заплащат такса „рецепта”. Ако тези хора нямат пари, няма да могат да се снабдят с жизнено необходимото им лекарство /без него, ясно е, че те не могат да живеят/. Чрез тази мярка от касата се готвят да

спестят няколко милиона годишно, а дефицитът по нея е десет пъти повече.

През м. май 2010 г. БЛС поиска деблокиране на големия резерв на НЗОК в БНБ. Той възлиза на над 1 млрд. лв. Мнението на лекарите е, че това са пари от здравни вноски и тяхната насоченост е само за здраве, а не чрез нея да се поддържа финансовата стабилност на държавата. По мнението на ръководители на касата, от началото на годината, всеки месец касата харчи около 6-7 млрд. лв. повече от предвиденото в предварителните разчети.

Икономическата и финансовата криза са най-силните моменти, които са принудили правителството да направи реформа в здравеопазването, за да може да се определи какво, как и колко се харчи нецелесъобразно. Мнозина са на мнение, че за да се извърши реформата са необходими средства извън тези, които са предвидени за здравеопазване. Правителството е обединено около идеята, че необходимостта от изработването на здравна карта е основният стълб около който ще се извърши здравната реформа в страната и в бъдеще ще се развива здравеопазването. Със своята здравна карта, всеки пациент сам ще определя кой лекар му е нужен и за какво.

По мнението на председателят на БЛС, Райчинов, за здравеопазване не се отделят у нас 4.2 % от БНП, както правителството определя, а реално между 3.7 – 3.8 %. Обобщението е, че няма държава, която да работи с такъв нисък процент държавно финансиране и да осигурява качествено здравеопазване.

Все още здравеопазването в България не е добре подготвено - във връзка с кризата, проведените в него реформи не са напълно завършени. То все още е на кръстопът по отношение на това, дали да бъде по-добре пазарно ориентирано или да бъде с по-голямо държавно участие. За последните десет години средствата за здравеопазване в България са

нараснали два пъти, но здравните ресурси се управляват неефективно, здравната грижа е некачествена и поради това здравните услуги са лоши. През 2011 г. държавното финансиране за лекарства е било 36 % при средно ниво за Европа в размер на 85 %. В същото време пациентите са платили за сметка на своя личен /семеен/ бюджет над един милиард лева. Основните въпроси, които са необходима острота продължават да стоят за разрешаване от българското правителство са:

- колко процента от БВП ще бъдат заделени за здраве;
- как да бъде променен моделът на финансиране;
- доколко работещи са здравните пътеки;
- само НЗОК ли ще остане да работи или ще се приложи многостълбова система;
- какви промени да се внесат в лекарствената политика.

Основните причини за тези негативи според президентът Първанов се държат на факта, че личните лекари са се превърнали в еднолични търговци, а болниците – в търговски дружества, за които интерес представлява само финансовия резултат. Това води до комерсиализиране на отношенията в здравния сектор. Според него, мерките, които трябва да се проведат и които да са част от здравната реформа са:

- актуализиране на лекарствената политика;
- осигуряване на финансова устойчивост на здравната система;
- нарастване на парите за здраве в бюджета от 8 на 10 % от БВП;
- задължително здравно осигуряване;
- допълнителна здравна вноска от 2 %;
- доброволно здравно осигуряване;
- развитие на частните здравноосигурителни фондове;
- де монополизиране на НЗОК – да се формират здравни каси на професионален принцип;

- месечното възнаграждение на здравните работници да е според оценка на качеството на тяхната работа;
- да се обособят здравни центрове в малките населени места;
- да се реформира спешната помощ;
- да се намали броят на медицинските специалности във висшите учебни заведения;
- да се редуцира броят на кандидат-студентите по медицина.

За осигуряване на универсален достъп до здравна защита от важно значение е структурираното финансиране на националната здравноосигурителна система. Осигуряването на обществените разходи за лекарства може да бъде разглеждано и като целенасочена политика на правителството за изразходване на ограничени финансов ресурс в полза на максимален брой здравно-осигурени лица.

Има три начина за осъществяване и контрол върху разходите за лекарства:

- чрез контролиране на цените на медикаментите на различни нива;
- чрез влияние върху търсенето посредством различни финансови процедури като бюджетиране и реимбурсиране;
- чрез влияние върху търсенето при участието на лекари и фармацевти.

**Контрол върху цените.** Цените на иновативните лекарства са много високи, поради няколко основни причини. Производителите на оригинални лекарства инвестират в скъпи изследвания и програми за проучване и развитие. Това обаче не дава гаранция за достигане до истински иновативен продукт. Тези лекарства, които отговарят на установени стандарти за качество, безопасност и ефикасност са обект на ценообразуване така, че компанията да получи достатъчно високи приходи, с които да покрие направените инвестиции; разходите по покриване на провалилите се научно-изследователски проекти; разходите

за реклама и промоции на лекарствата; инвестициите в бъдещи научни изследвания и също да осигурят на акционерите определени дивиденди.

Успоредно с това, патентната защита позволява на фармацевтичните производители да си изградят монополистични позиции в рамките на важни сегменти от фармацевтичния пазар.

Лекарствата са ценово нееластични стоки. Тяхното голямо търсене позволява на монополистите да поддържат изкуствено високи цени. Пациентите поради своите нужди и независимо от своите възможности са по-малко чувствителни към цената. На пазара се формира т. нар. „справедлива цена”, която се явява резултат от продължителни споразумения между доставчика и потребителя. Резултатите между тях зависят от силата на страните-участнички при това договаряне. На фармацевтичния пазар не може да съществува реално споразумение между пациент и доставчик на лекарства. Пациентът е в неизгодна позиция и не може да се пазари, каквато възможност има при закупуването на друг вид продукт.

Поддържането на разумно равнище на цените е необходимост от гл.т. на улесняване на достъпа до здравно осигуряване и лекарствена терапия. Контролирането на цените е един от инструментите на държавните органи, който е достъпен за тях и чрез който се цели ограничаване на разходите за осигуряване на достатъчно средства за здравните каси.

**Методи на ценови контрол.** В практиката се използват няколко алтернативни метода на ценообразуване:

- на ниво производител;
- на ниво вносител;
- на ниво дистрибутор на едро;
- на ниво аптека.

Най-трудната стъпка при ценовия контрол е установяването на справедлива цена. Причина за това е фактът, че често за фармацевтичните пазари са характерни монополистични и олигополистични форми на управление тогава, когато липсва насърчаване на пазарното представяне на негенерични конкуренти.

Някои методи, чрез които може да се калкулира справедлива цена са:

а/ разходи плюс калкулации. При този метод се изготвят сложни калкулации на пределните производствени разходи за всеки отделен продукт като се осигуряват предварително зададени възможности за пределна печалба;

б/ ограничаване на печалбата. При този метод регулаторните органи по цените установяват таван по отношение на възвръщаемостта на капитала на компаниите;

в/ система на сравнително ценообразуване. При сравнителното ценообразуване, цените на продуктите на националния пазар се сравняват с цените на същите или сходни продукти на пазара в определени други страни;

г/ модел на ценово договаряне. На фармацевтичния пазар крайните потребители и пациенти са в неизгодна позиция по отношение на момента относно осъществяването на преговори с дистрибуторите на лекарства. От друга страна, неинституционалните потребители – болниците, здравноосигурителните фондове, регионалните и националните органи на властта и т.н. разполагат с по-богата информация от пациентите и тъй като са бюджетно ограничени, те са доста чувствителни към цените.

Благодарение на своята власт и ресурси, те могат да осъществяват преговори за нивото на цените с производителите и доставчиците на медикаменти;

д/ фармакоикономическо оценяване. Това е съвременен метод за контрол върху цените. Регулаторите се стремят да осигурят справедлива цена чрез комплект от калкулации, включвайки в нея разходите за други лечения, разходите на обществото за определена терапия и т.н. Страни като Норвегия, Великобритания, Канада, Австралия, Холандия, използват фармакоикономически оценки и анализи като допълващ инструмент за ценообразуването, който е свързан с реимбурсирането на лекарствата.

Списък с лекарства, които са валидни за реимбурсиране се нарича позитивен списък. В контраст с позитивния списък е негативния списък, в който лекарствата не могат да бъдат реимбурсирани. Критериите, с които всяка държава трябва да се съобразява при изготвянето на такъв позитивен списък са:

а/ необходимо е да бъде решено, кои от установените видове лечения трябва да бъдат финансирани и по-точно, кои лекарства или групи лекарства трябва да присъстват на пазара с универсален достъп до всеки пациент;

б/ за кои лекарства или терапии за определена болест, трябва да бъде заплащано. Определено е, че реимбурсните програми трябва да са рестриктивни към иновативни лекарства, които са предназначени за лечение на болести, за които има съществуваща установена лекарствена терапия. При установено наличие на еднакво ефикасни лекарствени терапии, трябва да се отдаде предпочитание на икономически по-ефективната такава.

Принципът на референтно ценообразуване се прилага за установяване на лимити на ниво реимбурсиране на лекарствата като цели максимална полза от употребата на съществуващите еквивалентни медикаменти. Референтното ценообразуване стимулира лекарите да приемат практика на надписване на сравнително по-ефективни медикаменти. Освен това, то е сериозен стимул за фармацевтичните

компани да снижат ценовите равнища на своите продукти до референтното ниво, с цел запазване на пазарния си дял. По този начин се насърчава ценовата конкуренция между компаниите, които се стремят да не допускат спад в продажбите и загуба на пациенти в тяхната роля на крайни потребители. Известен е фактът, че снижаването на цените като икономически механизъм води до увеличаване на търсенето и икономии от мащаба.

Референтната ценова система обслужва три основни цели:

- ангажиране на лекари и пациенти в избора им на по-ефективни ценово лекарства в една фармако-терапевтична група, което води до намаляване на общите разходи за обществото;

- стимулиране на доставчиците на по-скъпи лекарства от една група да намалят техните цени;

- предоставяне на лекарите и пациентите на възможност да избират алтернативни лекарства, което води до прозрачност на процеса на достъп на потребителите до лекарствена терапия.

Поради тези причини референтната ценова система е широко разпространената практика в страните от цял свят.

## ***2. Дейност на министерството на здравеопазването.***

В организационно отношение, структурните звена в Министерството на здравеопазването са следните:

Структурни звена в  
Министерството на здравеопазването

Таблица 3



Крайно време е да бъде окончателно решен въпросът – дали здравеопазването да следва пазарния модел на развитие или решаващата роля да бъде на държавата. Причини за това са от една страна, недостатъчния финансов ресурс на здравната система и наличната икономическа криза в страната. Държавният глава определя, че по брой

болници, лекари и легла, България е на едно задоволително ниво, но по качество и достъпност до здравна помощ – на едно от последните места в Европа. Практиката на управление на системата не е основана на здравно-икономически анализи, което я прави нежизнеспособна в пазарна среда. Предлагащите психиатрични услуги не са основани на оценка на нуждите на населението и липсва система за оценка на тяхната ефективност. Основна цел на политиката за психично здраве е да запази и подобри психичното здраве на населението, както и да изведе психичното здраве от професионалната, организационната и политическата изолация и да го включи в общата система на общественото здраве.

Във връзка с изготвянето на здравната карта е необходимо изготвяне според Първанов и на пътна карта за нейното изпълнение и на тяхна основа – изготвянето на стратегия за здравеопазването „България 2020”. Експерти предлагат нарастване на здравната вноска до 2020 г. на 12 – 14 %, като 2 % да са за допълнително задължително осигуряване. Статистическите данни в ЕС сочат, че по брой болници, лекари и легла сме на задоволително ниво, но по качество и достъпност на здравна помощ - на едно от последните места в Европа. Това поставя с голяма острота необходимостта от изготвяне на здравна карта, но за да може тя да се реализира е необходима и пътна карта. Подготвя се проект за изработване на нова стратегия за здравеопазване „България 2020”. В нея трябва да се обърне по-голямо внимание на работниците и социално слабите, защото икономическата криза се изнася главно от тях.

През 2010 г. Правителството прие Постановление за изменение и допълнение на Устройствения правилник на Министерството на здравеопазването. С новия документ се отстраняват затруднения от организационен характер, свързани с разпределянето на функциите между структурните звена в министерството. Целта е подобряване на координацията и комуникацията в администрацията и отстраняване на

дублирането или разпокъсването на функциите. Предвижда се да бъдат закрити още

Дирекции в министерството, като техните функции бъдат разпределени в съществуващите и новосъздаващите се дирекции. През първата половина на 2011 г. бяха направени корекции под формата на изменения и допълнения на Закона за държавния бюджет за 2011 г. Във връзка с това, беше намален бюджета на МЗ и конкретно финансовата издръжка на администрацията. Спазването на законовите нормативи за численост позволява в МЗ да бъдат съкратени още щатни бройки. По този начин ще се подобри:

- предварителния финансов контрол за законосъобразност на всички документи и действия, които са свързани с разходването на финансови средства, които са получени от държавния бюджет;

- информационното осигуряване и внедряване на информационни технологии в системата на здравеопазването;

- документооборотът и деловата дейност в министерството;

- координирането на международната дейност, както и подготовката и изпълнението на проектите и програмите, които са финансирани от ЕС.

В пряка връзка с тези реформи, ще се координират дейностите, които са свързани с концепцията за реструктуриране на медицинската помощ, лекарствената политика и организацията на провеждането на обществените поръчки, при които възложител е МЗ.

Новите промени в МЗ от м. юли т.г. са насочени към осъществяване на ефективен контрол и изпълнение на дейностите, които са свързани с опазване на здравето на гражданите; с организиране, планиране и осъществяване на координацията на дейностите по привеждане на това министерство, второстепенните разпоредители с бюджетни кредити и държавните лечебни заведения в готовност за работа при бедствия, както и медицинското осигуряване на пострадалите при бедствия.

Създава се Дирекция „Медицински дейности”. В нея ще се концентрират функциите, които са свързани с определяне на политиките в областта на здравеопазването и оказването на медицинската помощ, която е гарантирана от държавата; управление на медицинските действия при бедствия, както и професионалната квалификация и специализациите в областта на здравеопазването.

Обединяват се структурните звена, които имат функции пряко свързани с дейностите по опазване на здравето на гражданите и надзора на заразните болести в една Дирекция – „Обществено здраве”.

Оптимизират се процесите по възлагане на обществените поръчки, при които целият проектен цикъл по планирането, подготовката, организирането и провеждането на процедурите ще се осъществява от една структура – Дирекция „Обществени поръчки”. Функциите, които са свързани с управлението на търговските дружества – лечебни заведения и тези, които са свързани с управлението на държавната собственост, се концентрират в една структура. Промените, които са свързани с реорганизиране на дейността и структурата на МЗ засягат във функционално отношение дирекциите „Бюджет и счетоводство”, „Административно обслужване”, „Планиране и управление на общественото здравеопазване”, „Лекарствена политика” и „Стратегическо планиране и управление на медицинските дейности”.

През 2010 г. бе обявено, че в рамките на реализацията на здравната реформа ще бъде изработена националната здравна карта, ще бъдат актуализирани броя и цените на клиничните пътеки, ще бъде укрепена доболничната и спешната медицинска помощ. Няма да се посяга на закриването на болници и на съкращаването на медицински персонал, са обещанията на министерството. Успоредно с предвиденото преструктуриране на администрацията в здравните институции, където броят на дирекциите ще бъде намален с 40 %, което всъщност означава

укрепване на болничната система, ще бъде укрепена и доболничната система. В тази насока се предвижда да се извършва преференциално заплащане на груповите практики на общо практикуващите лекари, ще се извърши актуализация на броя и на цените на клиничните пътеки.

В новият вид болници – тези за до лекуване, също трябва да бъдат въведени необходимите клинични пътеки.

Преценката на сегашното ръководство на МЗ е, че има недооценени и съответно свръх надценени клинични пътеки. Във връзка с това, ще се въведе диференцирано заплащане на базата на квалификация, сложност, труд, обем на работа и т.н. Предвижда се изработването на позитивна листа на медицинските изделия, по подобие на позитивната листа на лекарствените.

Реформите на новото правителство предвиждат да не се закриват болници, а тези, които не покриват определените критерии да бъдат реструктурирани. Така те сменят своята дейност в болници за до лекуване, продължително лечение или хосписи. Хората, в чиито селища няма да има много профилни болници, ще продължат да се лекуват в областните лечебни заведения. Това е досегашна практика, но за в бъдеще няма да се допуска да има неработещи структури, които не дават реални резултати, а се финансират. Така на пациентите ще им бъдат предоставени по-добри условия и по-качествено решаване на техните здравословни проблеми.

В края на 2009 г. положението беше такова, че здравната каса не си плащаше редовно задълженията към аптеките, в резултат на което аптекарите не можеха да ги зареждат особено що се отнася до скъпоструващите лекарства. Поради това пациентите на тези лекарства бяха принудени сами да си ги купуват. Причина, за да се стигне до това парадоксални положение, при което имаше пациенти, имаше и лекари,

които да изписват необходимите им лекарства и здравна каса. Но ПЛС не включваше ясно изчисление на необходимите средства за лекарства.

Магистър-фармацевт Антов Вълев определя, че България няма лекарствена политика. Няма ясна концепция по отношение на това, какви и колко лекарства трябва да се продават и кои медикаменти са по-необходими на пациентите<sup>6</sup>.

В България няма и разпределение на болниците. Липсва ясна цел, колко болници искаме да имаме, какви ще са те и колко специалисти са необходими. Положението с аптеките също не е добро - за 2012 г. са фалирали 1 000 от тях. Оказва се, че в малките населени места няма аптеки, а в големите градове има на всеки ъгъл по една. В тази насока липсва държавен регламент за това, на единица площ спрямо броя на населението, колко аптеки трябва да има.

Относно характеристиката на лекарствата, хората трябва да имат предвид, че те са особен вид стоки, достъпът до който трябва да се регулира от аптеките. Целта на фармацевта е не да успее да продаде лекарствения продукт, а да направи необходимото, за да регулира достъпа до лекарствата. Поради това, до лекарство пациентът трябва да достига само, ако му е извършен преглед, необходимото лекарство му е предписано и ако фармацевтът е съгласен с назначеното му лечение. У нас достъпът до лекарствата продължава да е лесен.

По отношение на цените на лекарствата също трябва да се извърши промяна. Цената трябва да бъде определена не с надценка, а да има твърда такса обслужване. Така ще се избягват злоупотребите. Във връзка с ценообразуването трябва да се намали ДДС поставян върху лекарствените

---

<sup>6</sup> Материали от Деветата национална конференция по клинична хомеопатия с международно участие – Албена 2010 г.

продукти. Дори е удачно неговото премахване. Това ще намали крайната тяхна цена.

На 41-вото заседание на Народното събрание, състояло се на 8 октомври 2009 г., заседава Комисията по здравеопазване. Беше подчертано, че „Съгласно представена Справка на отдел „Европейско право” към НС, в повечето страни от ЕС се прилага значително по-ниска ставка от досега действащата в България; например в Австрия – 10 %, Белгия – 6 %, Чехия – 9 %, Унгария – 9 %, Румъния – 9 %, Гърция – 9 % и т.н.

По данни на МФ, годишните приходи от ДДС върху лекарствените продукти възлизат на стойност между 150 – 170 млн. лв., което представлява едва  $\frac{1}{4}$  от общите приходи от ДДС. Намалението им със 120 млн. лв. не би се отразило съществено върху приходната част на държавния бюджет, но би повлияло на лечебните заведения да работят при по-добро финансиране; също така би облекчило българските граждани при закупуването на лекарствени продукти.”

Въпреки, че ДДС е данъкът, който носи най-големи бюджетни приходи, е необходимо този, с който се облагат лекарствата да бъде с по-ниска данъчна основа, за да облекчи потребителите на лекарства, оттам и техния семеен бюджет.

Така ще се отговори на един значим за социалната сфера проблем. Това ще даде принос за подобряване на социалната политика.

Въвеждането на диференцирана ставка ще доведе до подобряване на достъпа на населението до качествени, безопасни, ефикасни и ефективни лекарствени продукти и медицински изделия. В крайна сметка, при тези евентуални промени трябва да се направи предварителна оценка на очакваните последици за държавния бюджет.

С промени в Устройствения правилник на МЗ, Правителството създава нова Дирекция „Лекарствена политика”.

Основна задача на тази нова Дирекция е провеждането на ефективна лекарствена политика; разработване на проекти на нормативни актове в същата област; анализиране, оценяване и прогнозиране на процесите на лекарственото снабдяване. Във връзка с това ще бъде засилен контролът по осъществяване на централните доставки на лекарства с оглед на своевременно снабдяване на пациентите с лекарствени продукти.

Дирекцията ще планира, разпределя и контролира централните доставки на лекарства и свързаните с това финансови средства, заплащани от държавния бюджет. Дирекцията също ще има за задача да осъществява методическо ръководство върху лекарственото снабдяване и употребата на лекарства от пациентите. Тя ще подпомага Министъра на здравеопазването във връзка с изпълнението на неговите правомощия по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, също и работата на Висшия съвет по фармация, Комисията по позитивен лекарствен списък, Комисията по цените на лекарствените продукти като специализирани звена по въпросите на лекарствената регулация.

Основните функции на Изпълнителната агенция по лекарствата към МЗ са:

- издаване на разрешителни за производство на лекарства;
- извършване на специализирана медико-фармацевтична експертиза относно оценката на качеството на произведени лекарства;
- регистрира провежданите в страната клинични изпитвания на лекарства;
- прави предложения пред министъра на здравеопазването за издаване на
- разрешения за употреба и за търговия /на едро/ с лекарства;
- съгласува вноса; разрешава продажбата на лекарства;
- извършва регистрация на дрогерии;

- извършва контрол върху производството, търговията на едро и дребно, клиничните изпитвания и контрола върху лекарствата;
- издава сертификати за лекарства и за произход на лекарства;
- извършва лабораторен анализ, когато има съмнение за отклонение в качеството, ефективността и безопасността на лекарствата; в случай на несъответствие предприема мерките, предвидени от закона;
- изпълнява функциите на национален координатор и консултант по проблемите относно качеството, ефективността и безопасността на лекарствата;
- организира регистрацията, анализа и обобщение на нежеланите лекарствени реакции; също и лекарствените въздействия в резултат на употребата на тези лекарства; предприема съответни на това мерки;
- осъществява консултантска, научна, информационна и издателска дейност в областта на фармацевтичния сектор;
- участва в работата на международни органи по проблемите на лекарствата; в сключването на договори, по които България е страна.

Една от стратегическите цели на Националната здравна стратегия /2008-2013 г./ е осигуряването на лекарствени продукти и медицински изделия, които съответстват на потребностите и икономическите възможности на населението. В областта на осигуряването на населението с тях се предвижда:

- постоянно да се осъвременява нормативната база в областта на лекарствените средства и медицинските изделия, които отговарят на правото на ЕС;
- текущо да се актуализират нормите и стандартите за производство; разрешаване на употребата, разпространението, предписването и отпускането на лекарства и медицински изделия;

- осигуряване на постоянен контрол и наблюдение на качеството, безопасността и ефективността на разрешените за употреба лекарства в страната;

- разработване и редовно осъвременяване на национални здравни стандарти, диагностично-лечебни алгоритми;

- създаване на национална система за наблюдение на употребата на антибиотици в съответствие с европейските стандарти;

- създаване на национална система за наблюдение на лекарствената използваемост и създаване на системата за рационална лекарствена употреба.

По отношение на въвеждането на система за реимбурсиране на лекарствените продукти и медицински изделия, осигуряваща свободен достъп до тях, Националната здравноосигурителна стратегия /2008 – 2013 г./ предвижда:

- въвеждане на единен позитивно-реимбурсен списък;
- въвеждане на система за баланс между генерични и иновативни лекарствени продукти, в съответствие с европейските практики;

- определяне на ролята и механизмите на взаимодействие между институциите, които имат отношение към лекарствената политика;

- регистрация на цените на лекарствата, които се отпускат без лекарско предписание;

- усъвършенстване на методиката за регулиране на пределните цени на лекарствените продукти, които се отпускат по лекарско предписание с цел те да не надвишават средните цени в новите страни, присъединили се към ЕС;

- подготовка на специалисти в областта на националната лекарствена политика.

Световният опит е показал, че системата на позитивен списък, когато той е и реимбурсен, е най-рационалният начин за регулация на

разходите за лекарствена терапия, който прилагат националните здравноосигурителни системи, обществените, публичните и държавните фондове, без това да води до нарушаване на правата на здравноосигурените лица. В България регулацията е по-различна - нашият списък е само позитивен, не включва елементи на реимбурсация и не се занимава с ценова регулация. Основната цел е да се задоволяват здравните потребности на населението, като става въпрос за здравето и здравните потребности на всички здравноосигурени лица. Не мисля, че ние, подбирайки лекарствените продукти, ще нарушим здравните потребности на населението. Възможно е да има граждани, които да са привързани към определен продукт, който не е в позитивния списък. Така че, ако се разглеждат единични случаи, е възможно да са нарушени нечии здравни потребности.

По отношение на въвеждането на съвременни системи за лекарствена информация и контрол при предписването и отпускането на лекарствени продукти и медицински изделия, Националната здравна стратегия /2008 – 2013 г./ предвижда:

- създаване на съвременни механизми за оценка на лекарствената информация; предписването, отпускането, достъпността и дистрибуцията на лекарствените продукти;
- въвеждане на интегрирана система за контрол на лекарствата, които са предписани от изпълнителите на медицинска помощ;
- създаване на публични регистри за лекарствена информация;
- създаване на съвременни механизми за измерване на количествени и качествени показатели за лекарствената използваемост на институционално, регионално и национално ниво.

По отношение на повишаването на знанията на здравните професионалисти за рационалната лекарствена употреба, Националната здравноосигурителна стратегия /2008 – 2013 г./ предвижда:

- определяне на стимули за спазване на критериите за рационална лекарствена употреба в системата на реимбурсиране;

- създаване, актуализиране и популяризиране на консенсусни фармако-терапевтични ръководства, медицински стандарти и указания за лечение, които да служат за база при създаването на болнични терапевтични ръководства, стандарти и указания;

- въвеждане на критерии и дефиниране за рационално използване на антибактериални лекарства, с оглед избягване на антибиотичната резистентност и ограничаване разпространението на инфекциозни заболявания.

По отношение на независимата лекарствена информация, Националната здравна стратегия /2008 - 2013 г./ предвижда:

- прозрачност на процедурите за ценообразуване;

- информиране на пациентите за правата и задълженията им при потребление на лекарствени продукти и медицински изделия;

- създаване на условия за предоставяне на обективна и независима информация на пациентите за разрешените за употреба в страната, лекарства;

- прозрачност на системата за отчитане на изписаните и отпуснати лекарствени продукти;

- включване на неправителствени и пациентски организации във всички етапи на формирането и осъществяването на националната лекарствена политика.

В резултат на набелязаните мерки се предвижда да се достигне до:

а/ система на ценообразуване, която гарантира широка достъпност до лечение;

б/ осигуряване на качествени, ефикасни и безопасни лекарствени продукти за населението;

в/ да се осигури ефикасност, ефективност и рационалност при изразходване на публичните средства на държавата.

В България се провеждат важни за здравеопазването обществени мероприятия, като програми за профилактика и имунизации, за които се заплащат обществени средства. Тези програми се финансират от бюджетни или здравно-осигурителни средства и разходите за тях трябва да са под контрол.

Един от най-нереформираните сектори е лекарствената помощ. Постигнати са възможно най-ниски цени на медикаментите. Във връзка с това, увеличаването на парите за лекарства за домашно лечение в бюджета на НЗОК е с 10 % /от 295 на 330 млн. лв./.

Половината от тези средства на НЗОК отиват тя да покрива стари дългове за лекарства , които са употребени през предходните години; друга част от тях отиват за ДДС върху медицинските изделия и в крайна сметка не е възможно в бюджета на 2013 г. да има сериозно увеличение на средствата. Налице са и някои тежки заболявания, които НЗОК не ги покрива.

Във връзка с това Евгений Желев, министър за здравеопазването, през 2008 г. определи, че за бюджет 2009 г. са необходими допълнително 50 млн. лв. средства в сравнение с предвидените средства за тази цел по бюджет 2008 г. Проблемите се задълбочават още повече, защото бюджетът на МЗ за лекарства се намали от 142 млн. лв. през 2008 г. на 135 млн. лв. през 2009 г. Съгласно разчети, на МЗ са необходими около 20 млн. лв. за лечение на редки заболявания /досега това лечение изобщо не се заплащаше/.

По отношение на цените на лекарствата, винаги са се поставяли най-ниските за Европа цени, защото България е бедна държава. За 2009 г. спрямо 2008 г. цените на лекарствата остават същите или се намаляват за медикаменти, които вече са на пазара. Новите продукти през 2009 г., както и новите продукти през 2008 г., ще се продават на по-високи цени, защото са по-добри от досегашните лекарства и защото за тяхното разработване са инвестирани огромни суми.

В България съществува правило, според което, цените на лекарствата и медикаментите се сравняват с най-ниската цена в осем европейски референтни държави. Това правило има и негативни страни:

Например в Румъния медикаментите за СПИН са с благотворителни цени. Там това заболяване е определено като социално бедствие. За да се предотврати то, местните компании правят сериозни отстъпки от цената на лекарствата. Тези компании обаче няма да направят тези огромни отстъпки, ако тези същите медикаменти се внасят в България или в друга държава. Но, ако се приложи у нас правилото за най-ниската цена, тези медикаменти няма да се внасят от Румъния. Във връзка с това може да се потърси компромисен вариант, като се регистрира средна цена измежду трите най-ниски цени в референтните държави.

Често пъти новите лекарства са по-добри като терапевтичен ефект или имат по-малко нежелани реакции от съществуващите в момента. Във връзка с това, новите лекарства могат да облекчат здравната система като цяло, като намалят броя на хоспитализациите. Например, ако с провежданата в момента терапия са налице усложненията в 5 % от случаите и заради това се налага пациента да постъпи в болница, то с прилагане на нова, по-съвременна лекарствена терапия може да се постигне 1 % хоспитализация. Това ще рефлектира върху намаляване на броя на инвалидизациите, което ще се отрази и върху намаляване на социалните разходи. По този начин инвестициите

в здравеопазването имат подчертано дългосрочен характер. Обосновката е, че тези инвестиции се правят в здравето на хората и се връщат на държавата.

През 2009 г. лекарското съсловие определи своята позиция относно провеждането на анти кризисни мерки в здравеопазването. Според него в здравеопазването:

- липсва национална държавна карта, която да осигури правилното функциониране на мрежата от лечебни заведения, а тяхната цел е свързана с навременна, достъпна и качествена лекарска помощ;

- лекарствената политика в България е съпроводена с корупционни практики;

- провежданата и през 2009 г. здравна стратегия е неадекватна за периода на икономическа и социална криза; тя не е обвързана с потребностите на населението от медицинска помощ;

- изплащането на текущите и просрочените задължения за лечебните заведения не е пряко подчинено на извършените медицински дейности.

Във тази връзка, НИС на СДС настоява да се разработи и реализира програма, която да включва пакет от мерки, гарантиращи адекватно на потребностите на хората, здравеопазване, което да включва:

- а/ премахване на съществуващия лимитиран достъп до специализирана и болнична помощ;

- б/ анексиране на Националния рамков договор и възстановяване на диалога с професионално съсловните и пациентски организации;

- в/ допълнително финансиране на здравеопазването;

- г/ в зависимост от медицинските показатели и извършените дейности, да бъде извършвано финансиране на общинските лечебни заведения;

- д/ прозрачна лекарствена политика, при провеждането, на която да участват гражданските организации на пациентите;

е/ въвеждане на диференцирана данъчна ставка на ДДС върху лекарствата;

ж/ независимо /по отношение на изпълнителната власт/ управление на НЗОК; въвеждане на механизми за парламентарен контрол.

Европейското законодателство, по силата на Директива 2001/83 забранява вертикалната интеграция между производството и разпространението на лекарствата. Но този негатив в България все още е разпространен. Всички производители имат складове за търговия на едро, чрез които разпространяват лекарствата не само на конкретния производител /както изисква Директивата/, но и всички други разрешени за употреба лекарства. Тази ситуация се усложнява и от вероятността към тази интеграция да се добави и верига от аптеки, която е директно подчинена на фирмата-производител и интегрирания към нея дистрибутор. Това явление е негативно за българския лекарствен пазар, защото търговецът на едро приоритетно предлага лекарствените продукти на своя производител, като обвързва покупките на другите продукти със задължително закупуване на собствени за веригата лекарства.

Положението придобива още по-негативен вид, ако и в съответната аптека се доставя и се работи приоритетно с лекарства на производителя от веригата. В случая потърпевши са пациентите и НЗОК, защото на практика се променя както желанието на пациента, така и предлагането получава негативен вид. В крайна сметка, това променя действието на пазарните механизми, променя търсенето, влияе и върху цената на лекарствените продукти. Следователно поради сега действащите стандарти в България, пазарните ценообразуващи принципи не могат да се приложат при голяма част от лекарствените продукти.

През м. ноември 2007 г. правителството одобри Наредба за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствата. Тя има за основна цел подобряване на достъпа на гражданите

до лечение и провеждане на адекватна за България лекарствена политика. В този нов за времето си нормативен документ са транспонирани разпоредбите на Директива 89/105/ЕС от 21.12.1988 г. относно прозрачността на мерките, регулиращи ценообразуването на лечебните продукти за употреба в хуманната медицина и включването им в обхвата на националните системи за здравно осигуряване.

Тази Наредба има за цел подобряване на достъпа на гражданите до лечение и провеждане на адекватна за България лекарствена политика. Процедурите по условията и правилата за регулиране и регистриране на цените на лекарствата съгласно Наредбата са три:

а/ когато няма цена на производител в посочените осем държави /Румъния, Словакия, Чехия, Полша, Гърция, Унгария, Латвия, Словения/, се взема най-ниската цена от Белгия, Франция, Полша, Латвия и Словакия. Новият момент се свежда до проверка на декларираната цена от Информационно-аналитичното звено.

Максималната надценка на лекарствените продукти с цена на производител до 10 лв. става с 31 % надценка. До влизане в сила на Наредбата, лекарствата с цени до 7 лв. имаха 40 % надценка. От 27 ноември 2007 г. лекарствата с цени в границата на 10.01 лв. до 30.00 лв. получават максимална надценка от 28 %. До сега надценката беше 34 %, когато цените на лекарствата са в границите между 7.01 лв. и 30.00 лв.

От 27 ноември 2007 г. лекарствата с цена над 30.00 лв. получават максимална надценка от 6 %, но не повече от 15 лв. за търговец на едро и 18 %, но не повече от 30 лв. за търговец на дребно – общо 24 % /до 27 ноември 2007 г. този процент беше 27 %/.

Намалението на надценките се въвежда с цел да се намали цената на лекарствените продукти, което законодателят изисква. Така държавата получава възможност значително по-ефективно да регулира динамиката на цените на лекарствата. Приложението на този механизъм за намаляване на

крайната цена на лекарствата се основава на факта, че България е страна-членка на ЕС с най-нисък БВП на човек от населението. Предложените нови цени са съобразени с покупателната способност на българските граждани. Успоредно с това, търговците на едро и дребно имат възможност допълнително да договарят отстъпки с производителя или притежателя на разрешение за употреба.

б/ страните за рефериране са избрани, тъй като правилата за ценообразуване и рефериране в тях са подобни на тези в България. Изброените по-горе осем държави използват като базова цена, „цена на производител”, както и външно рефериране на цените, което придава репрезентативна стойност на сравняването. Литва и Унгария прилагат и вътрешно рефериране на цените; останалите страни договарят пряко референтните цени с фармацевтичните фирми. Запазва се изискването към производителя или притежателя на разрешение за употреба, да представят декларация пред Комисията по цените, която да удостоверява наличието или липсата на промяна на цената, която е декларирана в справката, в срок 6 месеца от датата на утвърждаване на последната цена /пределна цена на лекарствен продукт/.

Когато от представените декларации се установи, че сегашната референтна цена е по-ниска в сравнение с референтната цена, въз основа на която е била образувана пределната цена на лекарствен продукт, Комисията по цените изготвя промяна на утвърдените цени на лекарствените продукти /или лекарствения продукт/, които са отпускани по лекарско предписание, когато установи, че е налице намаляване на декларираните цени в референтните страни по посочения в проекта ред.

в/ за лекарствени продукти, които се отпускат без лекарско предписание, не се предвиждат промени в правилата за регистриране на техните максимални пределни цени на дребно, защото при тях не съществува възможност за доказване на цена и начин на рефериране, а

продажната цена се регулира от пазарни механизми. С Наредбата се променя редът за утвърждаване на заповедите за лекарствените продукти. До тази наредба, те се утвърждаваха от министъра на здравеопазването, а според тази нова наредба, те ще се утвърждават от Комисия по цените.

Основанието за тази промяна е, че в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина е посочен редът за обжалване през Комисия по прозрачност, а заповедите на министъра могат да бъдат обжалвани само по Административно-процесуалния кодекс. Друго мнение е, че цените няма да се публикуват в неофициалната част на „Държавен вестник“, което е свързано с удължаване на времето за влизане в сила на утвърдената цена и други затруднения в процеса. Цените ще се публикуват в публичен регистър, който ще се поддържа от Комисията по цените на лекарствените продукти. Този регистър ще бъде обявен на интернет страницата на Комисията.

Тази Наредба се издава на базата на новия Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, който е в сила от 13.04.2007 г. С приемането на този нормативен документ, ще се отмени Наредбата за правилата за образуване и регистриране на цени на лекарствените продукти при продажбата им на дребно.

Във връзка с въвеждането на новия позитивен лекарствен списък може да се определи, че достъпът до лекарствата значително се е подобрил. Успоредно с това, оплакванията на пациентите са намалели. Такива са резултатите от анкетата, която е проведена от 23 пациентски организации: „48 % от анкетиранияте смятат, че достъпът до лекарствата след въвеждането на списъка значително се е подобрил, 43 % твърдят, че няма промяна и едва 9 % са отговорили, че достъпът се е влошил.

48 % от анкетиранияте твърдят, че получават по-малко сигнали в организациите за затруднен достъп до медикаменти.

Едва 17 % казват, че получават повече сигнали, а според 30 % няма промяна в това отношение.

Намалява броят на сигналите за това, че НЗОК изобщо не заплаща дадени лекарства, което вероятно се дължи на факта, че в новия списък има добавени много нови лекарства, отчитат от пациентската организация. Увеличават се обаче сигналите за липса на определени лекарства в аптеките. Като цяло проблемите с бавни и тромави процедури продължават да тревожат пациентите.<sup>7</sup>

Изводите от проведената анкета са, че според лидерите на пациентските организации, достъпът до лекарства значи се е подобрил с новия списък. Остават проблеми като високото заплащане на лекарства, тромавите процедури и необходимостта от по-голям ресурс за заплащане на лекарства с публични средства.

Според пациентите, позитивния лекарствен списък не бива да бъде ревизиран в посока изключване на вече включени лекарства. Според тях, списъкът трябва да се допълва. НЗОК приема за правилна идеята лекарствата за някои заболявания, които по начало до сега са се осигурявали от МЗ, да се прехвърлят към НЗОК. По принцип НЗОК счита, че това може да се осъществи след 2012 г., за да не се навредят интересите на пациентите.

Лидерите на пациентските организации препоръчват да се подобри ефективността при разходване на средствата, които НЗОК отпуска; да се засили контролът по отношение на предписване и отпускане на лекарства. Управителният съвет на Българският фармацевтичен съюз, съгласно решение от 5 януари 2010 г. съдържа становище относно причините за промени в позитивния лекарствен списък по отношение на достъпа на

---

<sup>7</sup> [www.patient.bg/view\\_news\\_bg.php?news\\_news\\_id=376](http://www.patient.bg/view_news_bg.php?news_news_id=376)

здравноосигурени лица до лекарствени продукти, които са заплащани от бюджета на НЗОК, а именно:

- лечебните заведения, търговците на едро и аптеките не са информирани по необходимия начин и с достатъчен срок, за да направят корекции в своите програми относно отчитането на продажбите и необходимата инвентаризация за наличните лекарствени продукти на склад, както и за подмяна на техните цени;

- във връзка с липсата на достатъчно време за обявяване на тези намерения, лечебните заведения не предоставят на пациентите информация относно размера, който се заплаща от стойността на лекарствените продукти. При предписването на лекарства се правят много грешки;

- едва в аптеката, която посещават, пациентите разбират, че е изменено нивото на реимбурсиране на лекарствените продукти и това води до създаване на известно напрежение между магистър-фармацевтите и пациентите по отношение на намаленото ниво на реимбурсиране. По принцип това е задължение на изпълнителната власт и на пациентските организации относно въведените ограничения в достъпа до лекарствени продукти;

- при отчитане на лекарствените продукти пред РЗОК по силата на сключените договори между РЗОК и аптеките се установяват много грешки, за кои отговорност носи НЗОК, по отношение на информирането на аптеките за измененията в позитивния лекарствен списък. В резултат на тези грешки в аптеките не се разплащат рецепти за вече отпуснати лекарствени продукти на здравноосигурените лица.

Така достъпът на задължително здравноосигурените лица /ЗЗОЛ/ до лекарствени продукти се ограничава; намалява и броят на аптеките, които отпускат лекарствени продукти по договор с НЗОК. От подобна

промяна най-потърпевши са пациентите и аптеките, които пряко обслужват това право на ЗЗОЛ.

Във връзка със заложеното от МЗ изменение на нивото на реимбурсиране на лекарствените продукти през два месеца се дължи на недостатъчния административен капацитет, на наличните възможности за бюджетиране, стратегически анализ на планиране на потреблението на лекарствени средства от страна на изпълнителната власт. Това решение ще се отрази пряко върху социалната политика на държавата, ще осигури несигурността на пациентите относно нивото на заплащане на лекарствата. В крайна сметка ще засили негативното отношение към лекарствената политика на държавата и ще ограничи достъпа на ЗЗОЛ до лекарствените продукти.

Във връзка с това Българския фармацевтичен съюз /БФС/ предлага нивото на заплащане на лекарствени препарати от позитивния лекарствен списък да се изменя не по-често от три пъти в годината.

По силата на чл. 258, ал. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина /ЗЛПХМ/ и във връзка с чл. 2, ал. 1 и чл. 7 от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, цена на лекарствените продукти, които са включени в позитивния лекарствен списък и са заплащани с публични средства е цена, която е утвърдена от Комисията по цените на лекарствените продукти и включва следните елементи:

- цена на производител;
- надценка на търговец на едро в размер на 9, 8 или 6 % от заявената цена на производител;
- надценка на търговец на дребно в размер на 22,20 или 18 % от заявената цена на производител.

Върху така формираната цена се начислява ДДС.

Във връзка с антикризисните мерки, приети в здравеопазването в началото на м. май 2010 г., с избора на новия здравен министър беше решено:

- да се закрийт досега съществуващите институции, занимаващи се с лекарствената политика и всички възможни дейности да бъдат обединени под шапката на една агенция.

Тази мярка е залегнала в пакет от антикризисни предложения срещу кризата в здравеопазването.

Мерките на практика представляват и ключови елементи на здравна реформа, но не включват промяна в избрания здравноосигурителния модел.

Мнението на работещите в бранша е, че лекарският труд трябва да се включи в клиничните пътеки.

Друго предложение е да се изработи ценови механизъм за отчитане на различното качество при изпълнението на едни и същи клинични пътеки в различните категории болници. Сега за една клинична пътека се плаща една сума, независимо къде и как е изпълнена тя.

Предлага се изработването на механизъм за остойностяване на труда в здравеопазването, базиран на нивото на съответната болница и личната квалификация на работещите. Лекарите отдавна настояват трудът им да бъде включен при новото остойностяване на клиничните пътеки. Сега техният труд не е калкулиран и заплатите им на практика се формират от направени икономии при лечението на пациента.

Със създаването на електронна здравна карта за всички здравноосигурени, която да гарантира достъп на пациента до медицинска помощ и чрез която реално ще става ясно през къде е минал, какви процедури са му направени и какво трябва да се плати, се улеснява работата в здравия сектор.

Друго предложение, залегнало в пакета с антикризисни мерки, е създаването на публичен регистър на болничните дългове, за да се видят размерът и структурата на болничните задължения, както и оценката за качеството на труда на мениджърските екипи, ръководещи лечебните заведения.

В заключение може да се каже, че явно за определени групи от чиновници и политици сегашната система е много удобна и изгодна. Поддържането на това вредно статукво обаче преминава през страданието на невинни хора. Ако ние продължаваме да обръщаме внимание на проблемите с недостига на скъпоструващи лекарства единствено, когато се развие поредния случай, при който кратковременно публично се търсят виновници, а не дългосрочно решения, то ние ще си останем в сегашния порочен кръг. Нужна е воля за промяна, яснота какво трябва да се промени и знание как да се промени. И трите сякаш липсват на сегашните управляващи.

В организационно-технологичен аспект в контекста на глобалната стратегия на СЗО са очертани следните принципи на Европейската здравна политика:

- справедливост - равни шансове за всички хора за пълно реализиране своя здравен потенциал;
- добре информирано и мотивирано население, което участва в определянето на приоритетите трябва да притежава високо развито здравно самосъзнание;
- етични критерии при взимане на решения - при осигуряване правата на пациента и провеждането на организационни промени;
- промоция на здравето- акцент върху позитивното здраве;
- първични здравни грижи- първооснова на цялата здравна система;
- между секторно сътрудничество за здраве-сътрудничество между

правителствени институции неправителствени организации, синдикати и други.

От началото на 2010 г. влезе в сила нов рамков договор.

Осигуряването на качествена болнична помощ и поставянето на акцент върху детското здравеопазване бе сред основните приоритети в Националния рамков договор за 2010 година.

От 2010 година всяко дете има право на неограничен достъп до педиатър. За тази цел са заложили допълнително 4 млн. лв. Така реално средствата, които са осигурени за извън болнична специализирана помощ през 2011 година стават 158 млн. лв. или с 3.2 млн. лв. повече, отколкото през тази година.

Децата са приоритет в осигуряването на медицинска помощ и при първичната извън болнична помощ. През следващата година се увеличава цената на профилактичния преглед на лицата до 18 години от 5.30 на 7.70 лв. Целта е да се засили вниманието на общо практикуващите лекари върху здравето на децата. Детското здраве е приоритет и при денталната помощ.

Зъболекарите-специалисти ще получават с 10% повече за услугите, които предоставят в домовете за деца. Основната част от промените в работата на здравната каса за 2010 г. са насочени в болничната помощ. Целта е да се осигури по-качествена помощ за пациентите и по-ефективно изразходване на средствата в тази сфера. Затова през последващите години всяка болница, която искаше да сключи договор със Здравната каса трябва да осигурява 24 часа в денонощието възможност за прием или транспорт на спешни пациенти до друго лечебно заведение.

За сключване на договор по отделните специалности се изисква наличието на специалисти на основен трудов договор в болницата. Освен това лечебните заведения трябва да разполагат с нужната апаратура и да

имат клинична лаборатория на територията на лечебното заведение, а не да ги подсигуряват чрез сключването на външни договори.

Сред новите пътеки са тези за лечение на вродени имунодефицитни заболявания, на полиорганна недостатъчност и на деца с дихателна недостатъчност чрез механична вентилация. Също така са включени 16 пътеки за до лекуване и три за продължително лечение. Те са при онкологични, сърдечносъдови, белодробни заболявания, както и при проблеми на централната нервна система. Тези пътеки ще дадат финансова възможност за реструктурирането на някои болници в клиники за продължителни грижи.

През 2011 година акредитацията отпада като изискване за сключване на договор със Здравната каса. За сметка на това, всяка болница, която иска да работи с обществения фонд, е задължена да публикува списък с консумативите, които не се покриват с публични средства и цените им. Също така всеки пациент задължително получава детайлна разпечатка при изписването си с всички разходи за неговото лечение.

Промени в таксата за първите 10 дни болничен престой не се предвиждат. Тя остава 4.80 лв. или 2% от минималната работна заплата. Бюджетът за болнична помощ през 2010 г. е 708 млн. лв. като в Оперативния резерв са предвидени още 125 млн. лв. Промени в медико-диагностичните дейности и лекарствата не също не се предвиждат. Средствата за тях през следващата година са съответно - 61 млн. лв. и 320 млн. лв.

В началото на 2010 г. „Софарма” АД спря доставките на лекарства за болници, които са финансови длъжници на дружеството.

Един от най-големите български дистрибутори и производители на лекарства е спрял доставките на лекарства и е започнал процедури по запориране на сметките на редица болници. Това съобщиха от Центъра за защита правата в здравеопазването. Там постъпила информация за такива

действия спрямо болниците в Чирпан и Никопол. Наскоро се разбра, че над много лечебни заведения в цялата страна тегне заплахата да останат без медикаменти и консумативи, защото имат над 100 млн. лв. дългове към доставчици.

По мнение на Центъра за защита на правата в здравеопазването, “Софарма” АД е в правото си да претендира за вземанията си от болниците, още повече на фона на очертаващия се фалит на голяма част от тях. Така по вина на държавата, болничните мениджъри са изправени пред невъзможност да осигурят функционирането на болниците и да продължат обслужването на своите пациенти. Претенции за заплащане на доставки предявяват и от други доставчици на лекарства и консумативи за болнични заведения.

## **V. СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ В ЧЕТИРИ БОЛНИЦИ**

Психиатрично болните в България получават лечение от психиатър, специалисти по психично здраве, различни от психиатър /психолог или друг специалист по психично здраве, социален работник/, специалист, предоставящ общи медицински грижи, /общо практикуващ лекар, медицинска сестра или всякакъв друг специалист по здравни грижи, неспоменаван досега/, социални услуги /социален работник, във всякаква среда, различна от специализирано заведение за психично здраве/. Категориите на специалистите психиатри и непсихиатри са обединени в една по-широка категория психично-здравни грижи, а психично-здравните грижи също така са обединени с общо медицинските грижи в една дори още по-широка категория здравни грижи.\*

### ***1. Състояние, дейност и икономически параметри на стационарната психиатрична помощ в Р. България.***

Съгласно данни на НЦОЗА броят на болните намиращи се под наблюдение на психиатричните заведения, клиники, отделения, кабинети и амбулатории през 2011г. възлиза на 151 002 или 20 698 на 100 000 население.Разгледани в динамика за 4 годишен период този брой показва определено ежегодно снижаване (таблица 4).

Таблица 4. Болни под наблюдение на психиатричните заведения, клиники, отделения, кабинети и амбулатории по вид на заболяването

Наименование на болестите по МКБ-10	2008		2009		2010		2011	
	Брой	на 100000 население	Брой	на 100000 население	Брой	на 100000 население	брой	на 100000 население
Общо	173079	2275,4	171717	2270,3	155741	2075.2	151002	2060,8
Психични и поведенчески разстройства	159747	2100,1	158917	2101,0	145441	1938.0	141618	1932,8
Деменция	3528	46,4	3497	46,2	3330	44.4	2980	40,7
Делир, непредизвикан от алкохол и други психоактивни вещества	906	11,9	872	11,5	672	9.0	632	8,6
Други разстройства, дължащи се на мозъчно заболяване	4232	55,6	4448	58,8	4530	60.4	4253	58,0
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на алкохол	15379	202,2	15291	202,2	13805	183.9	13199	180,1
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на други психоактивни вещества	887	11,7	764	10,1	901	12.0	927	12,7
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди	564	7,4	498	6,6	686	9.1	750	10,2
Шизофрения, шизотипни и налудни разстройства	38779	509,8	38627	510,7	35971	479.3	36347	496,1
Шизофрения	28264	371,6	28339	374,7	27766	370.0	28365	387,1
Остри и преходни психотични разстройства	3007	39,5	2984	39,5	2811	37.5	2766	37,7
Разстройства на настроението [афективни разстройства]	29691	390,3	29380	388,4	27492	366.3	26813	365,9
Маниен епизод	3825	50,3	3730	49,3	3356	44.7	3167	43,2
Биполарно афективно разстройство	7034	92,5	7144	94,5	7101	94.6	7266	99,2
Депресивен епизод	7870	103,5	7824	103,4	6938	92.4	6616	90,3
Рецидивиращо депресивно разстройство	9549	125,5	9732	128,7	9182	122.3	8847	120,7
Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства	16833	221,3	16740	221,3	15135	201.7	14543	198,5
Разстройства на храненето, съня и сексуалността	186	2,4	177	2,3	163	2.2	158	2,2
Разстройства на личността и поведението в зряла възраст	6231	81,9	6203	82,0	5769	76.9	5660	77,2
Умствена изостаналост	39304	516,7	39283	519,4	34350	457.7	32825	448,0
Специфични разстройства в развитието	773	10,2	750	9,9	840	11.2	854	11,7
Генерализирани разстройства в развитието	425	5,6	409	5,4	411	5.5	436	6,0
Хиперкинетични разстройства	520	6,8	525	6,9	541	7.2	534	7,3
Други разстройства в поведението и емоциите	489	6,4	504	6,7	446	5.9	415	5,7
Неорганична енуреза	489	6,4	485	6,4	631	8.4	595	8,1
Всички останали класове болести	13332	175,3	12800	169,3	10300	137.2	9384	128,0

Епилепсия	13315	175,0	12785	169,0	10285	137,0	9373	127,9
-----------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	-------

Въпреки посочените тенденции психиатричните заболявания представляват сериозен медицински и социален проблем за обществото.

Разглеждани по групи заболявания преобладават психични и поведенчески разстройства, възлизащи през 2011г. на 141 618 пациенти или 1932,8 на 100 000 население. Значително по-малко са представени всички останали класове болести, водеща сред които е епилепсията 9373 пациенти или 127,9 на 100 000 население през 2011г.

Хоспитализираните случаи (изписани или умрели) в стационарните лечебни заведения с психични поведенчески разстройства са представени на Таблица 5. Анализът на тези данни за четири годишен период от 2008г. до 2011г. показва увеличение на броя на хоспитализираните пациенти за посочения период с около 3000 души, което достига 52 080 хоспитализирани или 708,7 на 100 000 население. Анализът на посочените данни показва все по-нарастващо значение на стационарното лечение на психично болните пациенти през 2008 – 2011г.

Същите представляват 2,7% от всички хоспитализирани пациенти през 2011г. в България.

Табл.5 Хоспитализирани случаи /изписани и умрели/ в стационарите  
на лечебните заведения с психични и поведенчески разстройства

НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ-10		2008		2009		2010		2011	
		Брой	На 100000 нас.	Брой	На 100000 нас.	Брой	На 100000 нас.	Брой	На 10000 0 нас.
<b>Психични и поведенчески разстройства</b>	<b>F00- F99</b>	<b>49276</b>	<b>646,4</b>	<b>51859</b>	<b>683,7</b>	<b>51881</b>	<b>688,6</b>	<b>52080</b>	<b>708,7</b>
Деменция	F00- F03	730	9,6	717	9,5	855	11,3	851	11,6
При болестта на Алцхаймер	F00	.	.	.	.	162	2,2	119	1,6
Съдова Деменция	F01	.	.	.	.	475	6,3	614	8,4
Делир, непредизвикан от алкохол и други психоактивни вещества	F05	49	0,6	100	1,3	49	0,7	64	0,9
Други разстройства, дължащи се на мозъчно заболяване	F06, F07, F09	1811	23,8	2224	29,3	2396	31,8	1735	23,6
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на алкохол	F10	3644	47,8	3715	49,0	3688	48,9	3461	47,1
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на други психоактивни вещества	F11-F19	2086	27,4	1478	19,5	1225	16,3	843	11,5
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди	F11	1939	25,4	1346	17,7	830	11,0	698	9,5
Шизофрения, шизотипни и налудни разстройства	F20-F29	21234	278,5	21942	289,3	21966	291,5	23134	314,8
Шизофрения	F20	19739	258,9	20093	264,9	20370	270,4	21085	286,9
Остри и преходни психотични разстройства	F23	643	8,4	555	7,3	594	7,9	561	7,6
Разстройства на настроението [афективни разстройства]	F30-F39	13466	176,6	14377	189,5	13883	184,3	13459	183,2
Маниен епизод	F30	602	7,9	269	3,5	98	1,3	99	1,3
Биполарно афективно разстройство	F31	4387	57,5	5200	68,6	5750	76,3	5729	78,0
Депресивен епизод	F32	2144	28,1	1503	19,8	1253	16,6	1158	15,8
Рецидивиращо депресивно разстройство	F33	6095	80,0	6767	89,2	6565	87,1	6033	82,1
Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства	F40- F48	2719	35,7	3242	42,7	3444	45,7	3757	51,1
Разстройства на храненето, съня и сексуалността	F50, F51, F52	41	0,5	58	0,8	33	0,4	49	0,7
Разстройства на личността и поведението в зряла възраст	F60- F69	682	8,9	752	9,9	862	11,4	890	12,1
Умствена изостаналост	F70- F79	1939	25,4	2236	29,5	2323	30,8	2460	33,5
Специфични разстройства в развитието	F80- F83	172	2,3	315	4,2	304	4,0	334	4,5
Генерализирани разстройства в развитието	F84	223	2,9	225	3,0	281	3,7	380	5,2
Хиперкинетични разстройства	F90	150	2,0	246	3,2	221	2,9	222	3,0
Други разстройства в поведението и емоциите	F91- F95	143	1,9	115	1,5	269	3,6	308	4,2
Неорганична енуреза	F98.0	17	0,2	7	0,1	4	0,1	16	0,2

Легловата база на психиатричните заведения през 2011г. възлиза на 4614 легла, дава осигуреност от 6,3 легла на 10 000 население и представлява 10,4% от общия брой на болничните легла у нас. (фигура N:4). От тези легла 2448 са разкрити и функционират в 12 психиатрични болници, а 1328 са в 12 центрове за психично здраве.

*Фигура 4: Легла в лечебните заведения за болнична помощ и други лечебни заведения на 31.12.2011 г. по видове*



Броят на психиатрите като физически лица в лечебните заведения е посочен в таблица N:6, като за периода 2008-2011г. този брой остава относително стабилен с леко увеличение на тази бройка в стационарите.

таблица N:6

<b>Психиатри в лечебните заведения</b>								
	2008		2009		2010		2011	
	Физ. Лица		Физ. Лица		Физ. Лица		Физ. Лица	
	Общо	В т.ч. в болничната помощ	Общо	В т.ч. в болничната помощ	Общо	В т.ч. в болничната помощ	Общо	В т.ч. в болничната помощ
Психиатри		506		411		565		456

Приходите по източници в групите психиатрични лечебни заведения за болнична помощ са представени в таблица N:7.

таблица N:7

Приходи по източници в групите лечебни заведения за болнична помощ за периода 2008 - 2011 г. /в лева/							
ГРУПИ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ	Години						ВСИЧКО ПРИХОДИ
		Приходи от МЗ и община	Приходи от НЗОК	Приходи от ДЗОФ	Продажба на стоки и услуги, др. продажби, др. приходи	Приходи от дарения	
1	2		4	5		9	10
ДПБ	2008	16 480 865	0	0	645 665	152 275	17 278 805
	2009	17 233 975	0	0	1 380 884	265 820	18 880 679
	2010	16 382 032	0	0	564 353	298 964	17 245 349
	2011	19 329 823	0	0	327 259	366 466	20 023 548
ЦПЗ	2008	12 517 394	0	0	1 747 494	301 901	14 566 789
	2009	14 400 326	0	0	2 575 222	169 308	17 144 856
	2010	16 095 628	0	0	2 208 156	122 974	18 426 758
	2011	18 057 051	0	0	2 191 095	124 805	20 372 951
Психиатрични отделения в Университетски и национални МБАЛ	2008	3 907 923	0	0	343 779	70 379	4 322 081
	2009	5 395 007	0	0	228 200	394 347	6 017 553
	2010	6 231 668	0	0	205 224	134 881	6 571 773
	2011	6 235 165	0	0	294 903	100 263	6 630 331
Психиатрични отделения в Областни МБАЛ	2008	2 531 997	0	0	85 125	13 597	2 630 719
	2009	2 826 220	0	0	138 347	8 833	2 973 400
	2010	2 815 127	0	0	120 689	13 114	2 948 930
	2011	3 966 689	0	0	100 929	29 772	4 097 390
Психиатрични отделения в Общински МБАЛ	2008	443 800	0	0	10 527	0	454 327
	2009	428 120	0	0	3 990	0	432 110
	2010	440 000	0	0	6 850	886	447 736
	2011	545 800	0	0	13 808	68 508	628 116

Основен източник на приходи за тези заведения са министерството на здравеопазването и общините. Както е известно психиатричните болници се финансират основно на базата на исторически бюджет, докато центрoвете за психично здраве, психиатричните отделения към университетските болници и общинските болници се финансират на база преминал болен.

През периода 2008-2011г. се наблюдава известно увеличение на тези средства като за психиатричните болници то е около 11,7% , а за ЦПЗ е по-голямо – 44,2%. Продажбите на стоки и услуги и т.н. , други приходи за периода 2008-2011г. остават стабилни. Същото заключение би могло да бъде направено и за приходите от дарения, които представляват относително не-голяма част от общите приходи на здравните заведения за 2011г. около 1,8% за психиатричните болници и 0,6% за центрoвете за психично здраве.

Основните разходи на стационарните психиатрични заведения за периода 2008-2011г. са представени в таблица N:8. Те са :

Разходи за персонал

Разходи за храна

Разходи за медикаменти

Оперативни разходи

таблица N:8 Извършени разходи в стационара на групите лечебни заведения -  
по видове разходи за периода 2008 - 2011 г. /в лева/

<b>ГРУПИ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ</b>	<b>Години</b>	<b>Разходи за персонала</b>	<b>Разходи за храна</b>	<b>Разходи за медикаменти</b>	<b>Оперативни разходи</b>	<b>Общо разходи</b>
1	2	3	4	5	6	7
ДПБ	2008	9 370 291	1 540 877	1 726 416	4 914 229	17 551 813
	2009	10 140 711	1 538 324	1 536 827	5 540 737	18 756 599
	2010	9 950 299	1 278 142	1 232 238	4 427 272	16 887 951
	2011	10 109 076	1 435 095	1 579 175	5 347 172	18 470 518
ЦПЗ	2008	4 979 708	845 873	1 344 154	2 532 293	9 702 028
	2009	6 268 865	877 960	1 333 881	2 815 261	11 295 967
	2010	7 159 887	855 370	1 220 912	2 859 290	12 095 458
	2011	7 450 372	870 093	1 059 942	3 561 939	12 942 347
Психиатрични отделения в Университетски и национални МБАЛ	2008	3 566 106	285 617	375 992	925 150	5 152 866
	2009	4 310 587	426 236	393 069	2 008 834	7 138 726
	2010	4 250 452	526 027	543 313	1 354 491	6 674 284
	2011	4 340 033	568 938	435 845	1 242 333	6 587 150
Психиатрични отделения в Областни МБАЛ	2008	1 932 406	133 964	358 941	880 431	3 305 741
	2009	2 176 660	183 519	384 715	897 750	3 642 644
	2010	2 107 906	183 108	326 340	733 319	3 350 673
	2011	2 367 263	164 944	318 469	796 994	3 647 670
Психиатрични отделения в Общински МБАЛ	2008	357 898	22 204	69 046	135 929	585 077
	2009	414 764	21 792	85 241	107 218	629 015
	2010	466 798	20 501	53 721	125 007	666 027
	2011	494 036	25 042	102 247	143 265	764 590

Анализът на данните за тези разходи показва:

Стабилност на разходите без тенденции за увеличение през визирания период:

Най-висок относителен дял имат разходите за персонал, следван от оперативните разходи, разходите за храна и за медикаменти. Така през 2011г. разходите за медикаменти представляват 8,5% от общите разходи за Педиатричните болници и 8,2% за центровете за психиатрично здраве.

Основните икономически показатели за дейността на групите лечебни заведения за психиатрична болнична помощ за периода 2008-2011г. са представени в таблица №9. Представените данни показват висок среден разход на преминал болен в психиатрична болница – 1488 лева за 2011г. , който надвишава от 2 до 3 пъти аналогичния показател за всички останали стационари. Това се дължи на ниския оборот на тези легла и високия среден престой на пациентите. Обратно средният разход за текуща издръжка на 1 легло е 7454 лева и е от 2 до 5 пъти по-нисък от същия показател на останалите видове стационарна медицинска помощ. По-нисък е също средният разход за текуща издръжка на едно легло ден – 26,07 лева и също разхода за един лекарство ден – 2,23 лева – по-нисък от 5 до 12 пъти от аналогичните показатели за останалите стационарни лечебни здравни заведения.

таблица N:9 **Икономически показатели за дейността на групите  
лечебни заведения за болнична помощ за периода 2008 - 2011 г.**

<b>ГРУПИ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ</b>	<b>Години</b>	<i>Среден разход на един преминал болен (в лева)</i>	<i>Среден разход на едно легло (в лева)</i>	<i>Среден разход на един леглоден (в лева)</i>	<i>Среден разход на един храноде н (в лева)</i>	<i>Среден разход на един лекарство- ден (в лева)</i>	<i>Среден приход на едно легло (в лева)</i>
1	2	3	4	5	6	7	8
ДПБ	2008	1376,83	6 413	22,94	2,01	2,26	6 313
	2009	1484,26	7 007	24,40	2,00	2,00	7 053
	2010	1362,92	6 503	22,91	1,73	1,67	6 640
	2011	1488,00	7 454	26,07	2,03	2,23	8 081
ЦПЗ	2008	527,17	7 284	24,35	2,12	3,37	10 936
	2009	627,90	8 512	27,79	2,16	3,28	12 920
	2010	654,52	8 868	30,88	2,18	3,12	13 509
	2011	683,33	11 138	34,92	2,35	2,86	17 533
Психиатрични отделения в Университетски и национални МБАЛ	2008	664,41	15 474	45,91	2,54	3,35	12 979
	2009	314,23	19 399	59,84	3,57	3,30	16 352
	2010	691,42	16 854	51,54	4,06	4,2	16 595
	2011	740,38	16 345	53,03	4,58	3,51	16 452
Психиатрични отделения в Областни МБАЛ	2008	511,76	11 883	34,11	1,38	3,70	9 463
	2009	501,15	12 099	36,09	1,82	3,81	9 878
	2010	467,22	10 844	34,35	1,88	3,35	9 543
	2011	530,22	13 713	39,58	1,79	3,46	15 404
Психиатрични отделения в Общински МБАЛ	2008	528,05	14 627	41,59	1,58	4,91	11 358
	2009	533,97	15 725	44,32	1,54	6,01	10 803
	2010	596,80	16 651	48,49	1,49	3,91	11 193
	2011	641,70	18 205	52,66	1,72	7,04	14 955

Анализът на икономическите показатели за дейността на психиатричните болници и ЦПЗ показва:

1. Задържане на средствата за финансиране през периода 2008-2011 г. , което се осъществява на базата на историческия бюджет.
2. Задържане на трудовите възнаграждения на персонала.
3. Запазване на много ниска стойност на лекарство деня в психичните болници който е от 5 до 12 пъти по нисък от същия показател за всички останали стационарни заведения в страната.
4. Стойностите на лекарство деня в ЦПЗ се запазват по-високи в сравнение с ПБ, което се дължи на системата за финансиране на преминал болен.

***2. Анализ и характеристика на лекарствената политика на четирите психиатрични болници в условията на финансова криза. SWOT-анализ /силни страни, слаби страни, възможности, опасности/.***

Както бе посочено по-горе психиатричната помощ в България се осъществява по традиционния институционален модел на диспансери /Центрове за психично здраве/, държавни психиатрични болници, психиатрични отделения към многопрофилните болници в съчетание с извън болнични форми на обслужване като индивидуални и групови практики или консултиращи кабинети към медицински центрове /МЦ/ и диагностично-консултативни центрове /ДКЦ/.

-----  
\* Дванадесетмесечно потребление на психично-здравни услуги в България, сп. Социална медицина, брой 1, 2011 г.

Медицинските усилия са насочени към цялостното разбиране на заболяването, на неговото лечение, както и последващата го рехабилитация. Последната е с направление към възстановяване след усложненията от болестта и предпазване от появата на нови усложнения. Също така, усилията са насочени към социалната интеграция на личността на болния.

Био-психо-социалният модел, който се прилага при лечението в разглежданите четири психиатрични болници предполага екипна работа между специалисти от различни професии. Всеки член от този екип има свои професионални компетентности и отговорности относно лечението на заболелия. Екипната работа обединява усилията на всички специалисти, които пряко работят с него. Неотделима част от нея е работата с членовете на неговото семейство и обкръжението му, които оформят подкрепящата болния социална мрежа. Всички те трябва да се обучат от членовете на екипа в насока да оказват емоционална подкрепа с цел откриване на позитивни личностни и междуличностни взаимоотношения между членовете на заобикалящата го среда, най-вече, семейната среда.

Обучението е насочено към:

- изграждане на комуникативни умения за работа с болния;
- умения за търсене и намиране на работа на болния;
- умения за преодоляване на стреса.

Всички тези усилия са насочени към преодоляване на социалното отчуждение на болния от заобикалящите го. Освен трудовата дейност, внимание се обръща и на свободното време и развлеченията, от които той се нуждае. За да бъде лечението ефективно, болният се нуждае от подходящи лекарства. Те включват антидепресанти за депресивни разстройства, стабилизатори на

настроението и/или антипсихотици при биполярните разстройства, антидепресанти или анксиолитични агенти за тревожните разстройства, антагонисти или агонисти /за употребата на алкохол и други вещества/, както и всякакви други психиатрични лекарства за разстройство на контрола на импулсите.<sup>8</sup> Адекватността на лечението се определя отделно за всеки болен.

### ***2.1. Център за психично здраве със стационар /ЦПЗ/ - гр. Враца.***

От 01.01.2003 год. ЦПЗ е определен като лечебно заведение извършващо държавна дейност със съответно финансиране за дейността от Министерството на финансите чрез Община Враца.

Те покриват разходите за работни заплати и осигурителни плащания, разходи за медикаменти, разходи за храна, за материали, за външни услуги и други разходи.

Преструктурирането на системата на здравеопазването в условията на валутен борд и въвеждането на пазарни механизми наложи промени в организацията, управлението и разпределението на финансовите ресурси по приоритети. С промяна на законодателството и пререгистриране на “ЦПЗ - Враца” ЕООД като търговско дружество основните източници за финансиране са:

а/ финансиране от общината - финансирането от общинския бюджет е на основание чл. 106, ал.3 от Закона за лечебните заведения за осъществяване на безплатни медицински услуги, свързани с осъществяването на специализирана помощ на населението;

---

<sup>8</sup> Доклад за здравето на нацията в началото на XXI век и анализ на здравната реформа - изд. на МЗ

б/ собствени приходи - от платени медицински услуги, приходи от сключени договори за прегледи в предприятия;

в/ от дарения - приходите от дарения са главно медикаменти.

ЦПЗ е лечебно заведение за амбулаторна и стационарна специализирана психиатрична помощ. Той е звено от националната здравна система, в което лекарите, съвместно с други медицински специалисти извършват следните дейности:

- активно издирване, диагностициране, лечение, активно наблюдение и рехабилитация на болни с психични заболявания;
- контрол на острите и хроничните психични заболявания;
- оказване на стационарна психиатрична помощ на населението във Врачанска област;
- осигуряване своевременно откриване и лечение на болните от психични заболявания;
- осигуряване активно наблюдение /диспансеризация/ на болните;
- периодично изготвяне на анализи за епидемиологичните показатели за психичните заболявания в обслужвания район и оценяване качеството и ефективността на провежданите профилактични, диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности;
- провеждат съвместно с държавни и неправителствени организации здравно-просветна дейност сред населението по въпросите на рисковите фактори и здравословния начин на живот и поведение;
- извършват трудово-лекарска експертиза на временната и трайната нетрудоспособност на лицата с психични заболявания.

### **SWOT анализ**

Стратегическото планиране е процес, който не може да се осъществява успешно, ако непрекъснато не се следят силните и слабите

страни от дейността на лечебното заведение, новите възможности за неговото развитие и заплахите, които отправя към него заобикалящата го среда.

Таблица 10 SWOT анализ на ЦПЗ Враца

<i>Силни страни</i>	<i>Слаби страни</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Висококвалифициран медицински и немедицински персонал;</li> <li>✓ Оптимална кадрова структура, отговаряща на Областната здравна карта;</li> <li>✓ Добър мениджмънт и екипна работа, гъвкавост и адаптивност;</li> <li>✓ Достатъчно голям обем на специализиране медицински услуги;</li> <li>✓ Много добри хигиенни условия;</li> <li>✓ Натрупан многогодишен опит и традиции в психиатричното обслужване в областта;</li> <li>✓ Натрупан опит в областта на психосоциалната рехабилитация на лица с тежки психични разстройства</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ограничени финансови възможности за по-гъвкава инвестиционна политика;</li> <li>✓ Липса на съвременно медицинско оборудване;</li> <li>✓ Амортизиран транспортен парк;</li> <li>✓ Все още недостатъчна енергийна ефективност на сградата дължаща се на старата и неефективна локална отоплителна система на течно гориво .</li> </ul>
<i>Възможности</i>	<i>Заплахи</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Способност за управление на промяната;</li> <li>✓ Връзки с обществеността (реклама и медийна политика) у нас, вкл. и международно сътрудничество;</li> <li>✓ Максимално разширяване на пакета здравни (психиатрични)услуги;</li> <li>✓ Максимално скъсяване на стационарния престой;</li> <li>✓ Съвместна дейност с други юридически и физически лица, НПО и др.;</li> <li>✓ Участие в ОПРР;</li> <li>✓ Изграждане на Дневен център и Защитено жилище за предоставяне на социални услуги на лица с психични разстройства и зависими пациенти.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Неблагоприятни демографски показатели;</li> <li>✓ Недостатъчно добре работеща икономика и ограничения в спонсорство и дарения;</li> <li>✓ Неадекватно финансиране;</li> <li>✓ Ниска покупателна способност на населението;</li> </ul>

Предвид промените в здравната сфера у нас възниква необходимостта от прилагане на такава стратегия, чрез която да се рационализират разходите на всяко отделение и в диагностично-консултативния блок, да се поддържа добра възвращаемост на инвестираните средства. В същото време трябва да се отчитат както характерната за създаването на здравен пазар промяна в обществената нагласа за “безплатно здравеопазване”, така и появата на конкуренция между здравните организации.

Тъй като в „ЦПЗ – Враца” ЕООД се приемат и лекуват пациенти с шизофрения, тежки депресивни състояния, тревожни разстройства, остри психози и зависимости, те се явяват и основни потребители на стационарна помощ. Контингентът е изключително рисков и социално отговорен. Това определя изключително високата степен на отговорност на персонала в лечебното заведение относно качеството на извършваната работа, а тя е пряко зависима от достатъчния размер на финансови средства, с който болницата трябва да разполага, за да работи. Значителна част от финансовите разходи, които болничното заведение извършва, заемат тези за лекарства и медикаменти.

По-голяма част от пациентите се приемат по спешност; обикновено се довеждат от органите на МВР, филиалите на Центъра за спешна медицинска помощ /ЦСМП/ на територията на региона или от близките региони. Планово се приемат още и лица, които са с алкохолни и неалкохолни наркомании, личностни разстройства, умствена изостаналост, епилепсии и други, за клинично наблюдение и изследване, насочени от специализирана ТЕЛК за психиатрични болести и за съдебно-психиатрично освидетелстване.

През месец ноември 2007 г. болницата получи разрешение

№ РД 26-12/23.11.2007 г., по силата, на което тя има правото да осъществява субституиращи и поддържащи програми, които използват упойващи вещества. Разрешението е получено от МЗ. Във връзка с това, за да може болницата да осъществява тази субституираща и поддържаща програма с цел намаляване на здравните щети, отнасящи се за лица, които са зависими от наркотични вещества, на нея са й необходими финансови средства в по-голям размер. Тъй като тази програма е високо структурирана и високо прагова, то логично е тя да бъде по-добре финансово осигурена.

За 2010 г. стойностите са запазени, като в същото време заболяемостта, оттам и лекуваните пациенти постепенно се увеличават. А за да бъде качествено лечението, освен висококвалифициран медицински персонал са необходими и повече финансови средства.

Във връзка с това, че в края на 2008 г. ЦПЗ Враца е получил одобрение за добра европейска практика във връзка с реализирането на психорехабилитационна програма за зависими, то е необходимо това болнично заведение да получава през следващите години адекватно по-добро финансиране.

Таблица 11 Разчет на ЦПЗ Враца по години

	2007	2008	2009	2010
брой преминали болни	1209	1314	1427	1534
стойност на един	2,30	3,30	4,30	4,80
лекарство ден				

Психично болните в България са социално дискриминирани. Това проличава ако се съпостави съотношението преки и непреки разходи у нас и в чужбина. Преки са разходите за лекари и лекарства, а непреки тези за грижи и гледане в семейството. При шизофренията в България това е 1:12, докато в европейските държави 1:2. Идеята върху която се базира тази програма кореспондира с Националната програма за психично здраве на гражданите на Р България 2004-2012 г. Тя е съобразена с:

- мястото, целите, задачите и възможностите на " ЦПЗ – гр. Враца" ЕООД и

- нормативните документи, регламентиращи организирането на психиатричната помощ.

Целите, които са посочени в програмата са изработени в съответствие с намеренията на ръководството за осигуряване на високо ниво на специализираната психиатрична помощ при спазване на принципите за: своевременност , достатъчност и високо качество на лечебния процес.

## **2.2. Държавна психиатрична болница „Свети Иван Рилски”.**

Болницата е разположена на територията и използва сградите на Куриловския манастир, който принадлежи на Светия синод, като се явява

наемател на Светия синод и с договор изплаща ежемесечен наем, в който са залегнали условия, че могат да се извършват основни ремонти и подобрения само с предварително разрешение от наемодателя.

Независимо от подобренията комуникации, болницата е отдалечена на 30 минути разстояние от повечето обслужвани райони, което е в разрез с един от приоритетите на Националната програма за психично здраве.

При сегашните възможности за стационарна психиатрична помощ, болницата е натоварена с изпълнение на функции и на спешно психиатрично звено и на единствен център за геронтопсихиатрична помощ. При съществуващия кадрови потенциал, който периодично се подлага на съкращения, независимо от обосноваването доводи против това от страна на ръководството, предлагането на съвременни лечебни програми за рехабилитация и ресоциализация чрез поетапното им осъществяване с екипи на болницата, е затруднено.

Създаващите се центрове за извън болнично психиатрично обслужване в условията на столичния град изискват задължително разкриване на подходящи стационарни звена в реалистична близост до местоживеенето на болните, което е в стратегията на Националната програма за психично здраве, и което ще доведе до създаване на подобни структури в града с постепенно редуциране на една значителна част от дейностите на болничния екип в параметрите, посочени за едно съвременно психиатрично обслужване.

ДПС „Свети Иван Рилски” е единствената градска психиатрична болница за столицата. На този етап от развитие на стационарната психиатрична помощ в гр. София, болницата осигурява стационарното обслужване на болни с изразени психични заболявания, геронтопсихиатричната помощ и поема в основни линии спешната психиатрична помощ.

ДПБ „Свети Иван Рилски” своевременно и ефективно се адаптира към динамично променящата се среда, за да се утвърди като добре функционираща съвременна психиатрична болница. Насоките, в които това лечебно заведение трябва да насочи своите усилия, за да се справи с предизвикателствата на психиатричната помощ и да изпълни успешно своята мисия в полза на психично болните е постоянна работа в няколко стратегически приоритета:

а/ в дългосрочен план /2010 – 2015 г./:

- психиатричната болница ще се структурира при съществуващите наемни отношения, при положение, че не възникнат нови решения на Светия Синод за използване на собствеността му, като болница за пациенти с ниска и средна степен на зависимост от грижи и отделения с геронтопсихиатричен профил при възрастни болни с висока степен на социална деструкция. По този начин, с разкритите 250 легла за болни с ниска и средна степен на зависимост от грижи, ДПБ „Свети Иван Рилски” ще отговаря на изискването, посочено в гл. IX, т. 9 от Националната програма за психично здраве по отношение на осигуряване на 0.25 легла на 1 000 души за милионното население на столицата;

- да се реформира ускорено и да повиши капацитета си, за да може стане

„една добре функционираща болница”, което да допринася за развитието и осъвременяването на българската психиатрия.

б/ в средносрочен план /2010 – 2012 г./:

- поддържане и осъвременяване във възможна степен отделенията за

краткотрайни хоспитализации, функциониращи на този етап и като отделения за спешна стационарна психиатрична помощ на столицата;

- разширяване на дейността и реструктуриране на геронтопсихиатричните отделения с очертаване на два основни сектора: сектор за краткотрайни хоспитализации на геронтопсихиатрично болни и сектор за палиативни грижи /хоспис/;

- утвърждаване на съвременни форми на рехабилитационна дейност в

отделенията за болни с ниска степен на зависимост от грижи;

- в процеса на преминаване към извънболнично психиатрично обслужване /основна насока на психиатричните грижи/ включване на екипи на болницата в определени етапи на психосоциалната рехабилитация в общността с участие в създаването, развитието и поддържането на защитени жилища в различни райони на столицата – в изпълнение на развитието на социалните функции на болницата съгласно Националната здравна стратегия;

- съкращаване на средния болничен престой;

- осъществяване на координация и сътрудничество с държавни институции, международни и наши неправителствени организации, бизнес сектора, с дипломатическите служби у нас и други, външни за болницата, партньори в страната и в чужбина за съвместна работа по програми, свързани пряко с нейната дейност;

- повишаване на ефективността на използване на капиталовложения

за поддръжка, модернизация и ново строителство на движимата и недвижима /наемна/ собственост; оптимизиране на техническото ниво на автомобилния парк /50 % обновление на ползваните автомобили/.

ДПБ „Свети Иван Рилски” започва своята дейност през 1949 г. като отделение на Психиатрична болница – гара Карлуково с лекари и персонал командировани за организиране на дейността на болницата. Тя е създадена в землището на Куриловския манастир „Свети Иван Рилски”. Сградите, в

които е разположена болницата, са били част от сградите на манастира, като постепенно следващите години се изграждат болнични павилиони и павилиони за трудотерапия. Болницата продължава да се развива като един от най-значимите психиатрични центрове в страната.

За необходимостта от краткотрайно лечение болницата обслужва общините Люлин, Нови Искър, Връбница, Надежда, Слатина, Илинден, Красно село, Красна поляна, Възраждане, Сердика, Подуяне, Овча купел, Кремиковци, Витоша, Баня. За дълготрайно лечение на болни с психози, за настаняване на задължително лечение на такива болни, болницата обслужва населението от гр. София.

За осъществяване на диагностичната, лечебната и рехабилитационната функции по обслужването на болните, съгл. чл. 7, ал. 2 от Постановление № 212/06.10.2000 г. за определяне на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, са разкрити структурни блокове за осъществяване на необходимото лечение.

Политиката на болничното заведение в областта на държавните разходи обхваща преразпределителния процес между и в различните нива на управление, с цел изпълнение на правителствените приоритети и постигане на по-високи нива на ефективно и ефикасно използване на бюджетните ресурси. Основната философия на националната разходна политика е гъвкавото управление на разходите, което е насочено към стратегическите аспекти в средносрочен план и ориентиран към постигане на крайните резултати.

Все още една част от разходите по приоритетните за здравеопазването параграфи – медикаменти и храна на стационара се обслужват от безвъзмездни дарения.

Реалната икономическа обстановка в страна е предпоставка за очертаваща се тенденция на намаляване на бюджетното финансиране за всички болнични заведения. Това рефлектира директно върху неизплатените задължения към доставчици.

Финансирането на психиатричните стационари не е обвързано с анализ на индикатори за интензивност и качество на диагностично лечебния процес.

По принцип, липсва цялостно планиране, координация и изследване на психичното здраве на национално ниво.

Това дали използваемостта на леглата ще бъде 65 % или 95 %, дали преминалите болни или реализираните леглодни ще бъдат повече или по-малко в сравнение с предходния период, дали леталитетът ще бъде по-висок или по-нисък, това за сега по никакъв начин не се отразява на финансирането за следващия период. Финансирането става на принципа на т. нар. „исторически бюджет”. Като прибавим и факта, че стандартът на живот в България е относително нисък в сравнение с повечето страни в Европа и това, че вложеният ресурс е крайно лимитиран, то проблемът става още по-остър.

Хроничният недостиг на финансови средства, медикаменти, храна, отопление и др. породиха необходимостта от активна работа по привличане на дарители и спонсори. За болницата външното финансиране заема съществено място от общата фактическа издръжка, в приоритетните за здравеопазването медикаменти и храна е значителен източник и съответно заема съществено място във фактическите разходи.

Преобладаващо в болницата е институционалното дарителство /дарения чрез фондации и други организации с нестопанска цел/, корпоративното и индивидуалното дарителство са с малки обеми. Неправителствени организации – дарители на болницата са: БЧК, Каритас, Отворено общество, Приятели за България, Бъдеще за България и др.

Финансирането на здравеопазването и в частност на болницата показва, че то е една хронично недофинансирана система. Планирането на бюджетните приходи и разходи е твърде формален акт, в която област болницата не разполага с необходимата икономическа самостоятелност, съобразява се с голям брой ограничители: натурални показатели за щатни бройки, брой легла, ограничения за ръст на някои видове разходи по икономически елементи и др. Всяка потребност се ангажира по приоритет и в бюджета намират място само най-неотложните потребности.

Източници на финансиране на болницата са:

- МЗ;
- продажба на услуги;
- други продажби – на стоки, материални активи, вторични суровини и т.н.;
- други приходи – обезщетения от застрахователни събития, платени медицински такси и др.;
- дарения – безвъзмездно придобити материални запаси, краткотрайни и

дълготрайни материални активи.

Неотменима част от ежедневната дейност на ДПБ „Свети Иван Рилски” е взаимодействието със структурите на Центъра за психично здраве и Център за психично здраве със стационар – София град. В последните години нарастващо и утвърждаващо значение има постоянната връзка на болницата с психиатричните структури на ДЦК и другите форми на извън болнично обслужване в столицата. Във връзка с ежедневната си дейност, болницата поддържа връзки с университетските психиатрични клиники, от които се превеждат болни за продължаване на лечението, при необходимост за диагностично уточняване, допълнителни експертни мнения, по желание на болните или на техните близки.

Според Националната програма за психично здраве, обследвания в редица европейски страни разкриват, че във всеки момент от време около 25 % от населението има клинично значими психично здравни проблеми. Около 10 % от населението в зряла възраст развива състояния на тъга, страх и тревога.

Една по-обща преценка показва, че при столичното население във всеки момент от време около 1 200 – 1 500 души имат тежка социална дисфункция, за които хора ще се налага комплексен подход, вкл. и с участие на стационарна помощ за тяхното социално интегриране.

Тези най-общи данни вероятно няма да се променят близките 5-10 години, тъй като демографските показатели, поради многобройни фактори в условията на столичния град няма за посочения период да отбележат съществена промяна. Броят на регистрираните болни с депресивни състояния очевидно не отговаря на действителния им брой, т.к. е известно, че този вид психични разстройства са много повече разпространени и представляват основна част от дейността на психичните служби. Тук трябва да отнесем и болните с алкохолна зависимост.

Здравното законодателство следва да осигурява адекватно и ефективно лечение на всички пациенти, вкл. психиатричните такива и да защитава тяхното право на лечение с приемливи стандарти в или извън лечебните заведения. В този смисъл не трябва да съществува дискриминация на психиатричните пациенти.

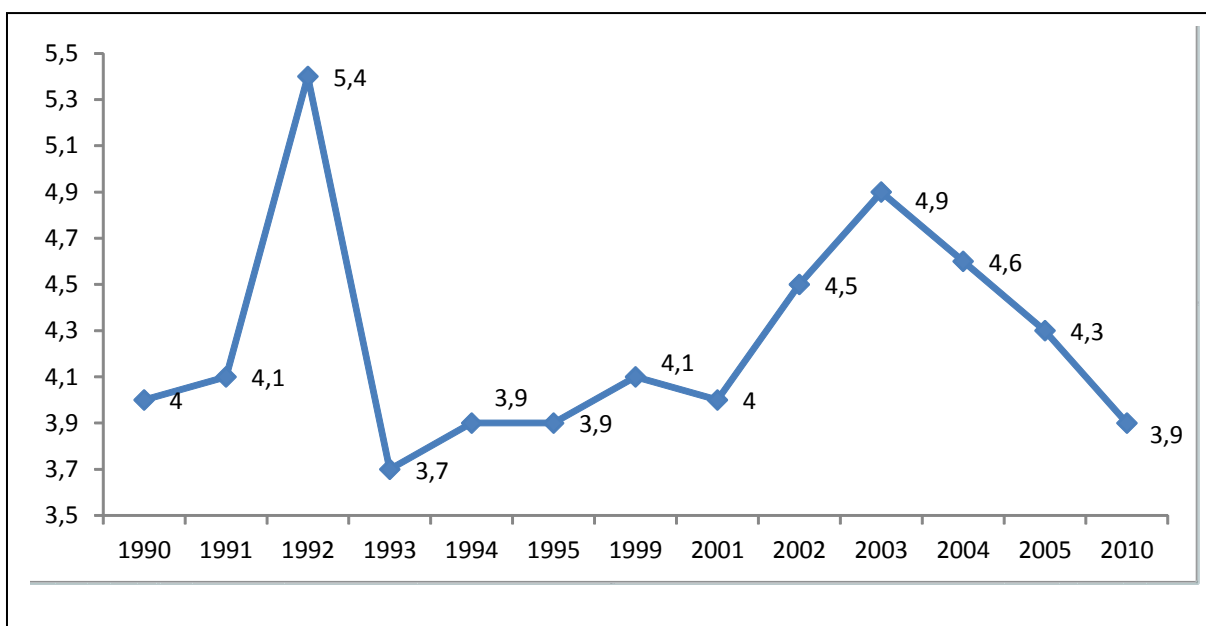
Доброволното лечение трябва да се поощрява, като достъпът до него не трябва по отношение на създадени и приложени административни правила да се отличава от достъпа до лечение за телесно заболяване. Пациентите, които доброволно са потърсили помощ или са приети в психиатрично здравна служба, трябва да бъдат защитавани чрез същите законодателни и етични правила, както пациентите с каквато и да е било друга болест.

Доброволно потърсилите помощ пациенти или са приети в психиатрично здравна служба, трябва да бъдат защитавани чрез същите законодателни и етични правила, както и пациентите с каквато и да е било друга болест.

Принудителната интервенция е много тежко посегателство върху човешките права и основните свободи на пациента. Поради това, за такава интервенция са необходими специфични и внимателно определени критерии и гаранции. Хоспитализация или лечение против волята на пациента не трябва да се предприема, освен ако той страда от остра психична болест. Принудителната интервенция трябва да се извършва в съответствие с принципа за най-малкото ограничаване.

За да бъде правилно разбрана реформата в здравеопазването, тя трябва да се разглежда в контекста на реформите в икономиката и обществото като цяло. Една от отличителните характеристики на прехода на България е нееднаквата скорост на протичане на реформите в различните сфери.

**Фигура 5** Разходи за здравеопазване като % от БВП



Националните особености на нашия народ, етническият му състав, бит и култура, както и историческото наследство са важни социални фактори за поведението на българина като потребител на психиатрична здравна помощ. Разстройствата на психичното здраве в България са широко разпространени, но не винаги са признати. Наред с измеримите икономически загуби, психичните разстройства причиняват колосални вреди, като влошават качеството на човешкия живот.

Конкретните цели, които българската психиатрия си поставя като приоритетни за своето развитие са:

- да намали заболяемостта и болестността от психичните заболявания;
- да намали смъртността, свързана с психичните заболявания;
- да намали другите неблагоприятни последици от психични разстройства: лошо физическо здраве, нарушено психосоциално функциониране, лошо социално положение, обременяване на семейството;
- да подобри качеството на психиатричните услуги и интервенции и да изгради механизми за контрол и мониторинг на диагностично-лечебния процес;
- да промени негативното възприемане на жертвите на психичната болест от страна на общността и да подобри качеството на живота на психично болните;
- да интегрира максимално процеса на психиатричното обслужване в цялостната система на здрави грижи в страната;
- да изследва причините, последствията и грижите, свързани с конкретните психични разстройства;
- да намали процента на рехоспитализирани болни с 1/3 в рамките на

действие на програмата;

- да повиши разпознаваемостта на психично-здравните потребности с

50%.

На този етап на развитие, българската психиатрия е в преход от институционална психиатрия, т.е. лечение на хората с психично заболяване в големи затворени болници извън населените места, което означава изолация и води след себе си много други негативни последици за пациентите, до т. нар. психиатрия на общността, т.е. лечението да става там, където човек живее. Смесът на този преход е осигуряване на психично-здравни грижи на същия принцип, по който се получава помощ при проблем със здравето – отначало от личния лекар, а след това от специализирани служби в населеното място. Следват се принципите на деинституционализацията, но при отчитане на спецификите в България. Институционалната психиатрия е критикувана и затова, че е прекалено нехуманна и вместо да помага, наказва засегнатите и отнема техните човешки права. Освен всичко друго, цената на болничните услуги в психиатрията е несъразмерно по-висока в съпоставка с икономиката на страната и извън болничното заведение.

В същото време, от опита на водещите страни в областта на психиатричната практика /САЩ, Италия и др./ е видно, че рязкото съкращаване на болничната база на обслужване без паралелно обезпечаване с алтернативна помощ / здравни центрове, ДЦК, общи практики и т.н./ крие рискове от изхвърляне на психично болни хора на улицата без адекватното им необходимо лечение.

ДПБ „Свети Иван Рилски” обслужва населението на гр. София съгл. Заповед за хоспитализация № 86/20.02.1998 г. на Районен център по здравеопазване и Заповед за планова хоспитализация за София на МЗ, № РД-09-459/20.06.2001 г. Тези заповеди не са съобразени с редица

особености на психиатричното обслужване. При проследяване на приетите и лекувани болни през последните 10 години, се забелязва процес на все по-голямо застаряване на болните и необходимост от нови програми, по които да става тяхното лечение.

През последните години двете геронтопсихиатрични отделения приемат предимно болни с напреднали дементни състояния и тежки соматични проблеми, които налагат постоянен контрол. Във връзка с това се формира основната им дейност в посока отделение тип „хоспис“, което определено поставя допълнителни изисквания при обслужването и е свързано с необходимостта от по-високи финансови разходи.

ДПБ “ Свети Иван Рилски ” има среден престой за 2009 г – 54 дни , като сравнен със същия – средно за държавните психиатрии / 68 дни / , е в най-ниските нива. Всички останали специализирани болници имат среден престой над 54 дни, като в максималната си стойност престоят достига до 105 дни. Като се има предвид сравнително еднаквата структурна особеност на психиатричните отделения и до известна степен еднаквите лекувани случаи, то изводът е, че част от държавните психиатрични болници изпълняват по-скоро социални, отколкото здравни функции.

Таблица 12 Стойността на 1 леглоден за 2009 г. в различните типове лечебни заведения има следните стойности:

Лечебни заведения	Себестойност на 1 леглоден в лв.
Държавни психиатрични болници	15
ЦПЗ	15
Психиатрични отделения към МБАЛ	24
Университетски клиники	34

По мое мнение, средната стойност на 1 лекарство-ден за ДПБ е занижена:

1.70 лв. – 0.85 EUR, не липсват и фрапиращи случаи – 0.93 лв. в ДПБ – гр. Кърджали. По мое мнение, това произтича от факта, че не всички специализирани болници се съобразяват с основния модел на разделното финансиране и в общите фактически разходи по параграф медикаменти не се включват тези, които са реализирани с източник външно финансиране – по отношение на безвъзмездно придобитите медикаменти или не се вземат предвид точните аналози или не се прилага коректно справедливата стойност при тяхното остойностяване.

Имайки предвид ниския социален статус на лекуваните в държавните психиатрии пациенти, по правило те не доставят сами за себе си необходимите им медикаменти и храни.

Тези значителни различия в стойностите на лекарство-деня могат да обусловят и големи различия в качеството на осигуряваното медикаментозно лечение. Можем да заключим, че стойността на 1 лекарство-ден в ДПБ – гр. Кърджали осигурява много по-малки възможности за медикаментозно лечение, в сравнение с възможностите, които осигурява 1 лекарство-ден в ДПБ – Пателеница. При два от психиатричните стационари в Карлуково и Раднево, себестойността на храната за стационара е по-висока от стойността на медикаментите.

Във връзка с настоящото изследване, може да се определи факта, че в ДПБ „Свети Иван Рилски” все още 26 % от разходите за медикаменти и 18 % от разходите за храна на стационара се формират от безвъзмездни дарения. Те се формират като извънредни приходи за болницата, приходи които не могат да се прогнозират и се проявяват конюнктурно. За всички

години на предходния период, при този вид разходи се разчита на безвъзмездни дарения.

Вероятно при формирането на тези икономически показатели оказват влияние и други фактори, но без детайлен разширен анализ на здравните разходи не могат да се формулират с точност откъде произтичат различията между болниците като цяло и между тях и останалите структурни звена на психиатричната помощ. Въпреки, че разходите за медикаменти и храна на болничното заведение постепенно се увеличават, то те по размер значително изостават от нивата на другите психиатрични структури.

Един от последните анализи, който е направен по отношение на дейността, на икономическите и статистическите показатели на психиатричните стационари е публикуван в списание „Рецептор” бр.1/2005 „Икономически аспекти на стационарната психиатрична помощ в Република България” – автори д-р Иван Герджиков и Анна Бедрозова. Данните от анализа се отнасят за 2003 г. и показват следното: „Средният дневен разход за храна на един болен в психиатричните стационари /храноден/ през 2003 г. е с 3 % по-висок от този през 2002 г. Като се има предвид, че повишението на цените на хранителните стоки през 2003 г. е 8.04 % в сравнение с 2002 г. /при годишна инфлация 5.6 %/, можем да се заключи, че на практика в действителност намаляване на себестойността на 1 храноден.

Таблица 13. **SWOT анализ на Държавна психиатрична болница „Свети Иван Рилски“**

<b>СИЛНИ СТРАНИ</b>	<b>СЛАБИ СТРАНИ</b>
<p>1. Единствената градска психиатрична болница за столицата</p> <p>2. Установена постоянна потребност от стационарна психиатрична помощ за около 1600 –2000 болни годишно</p> <p>3. Осигуряване на спешна стационарна психиатрична помощ на гр. София</p> <p>4. Осигуряване на геронтопсихиатрична помощ</p> <p>5. Единствено психиатрично болнично заведение за задължено лечение на психично болни</p> <p>6. Задължителен начален етап при структуриране, развитие и поддържане на лечебни програми за социална реинтеграция и поддържане на социалното функциониране на болните в общността</p>	<p>1. Болницата е наемател на Светия Синод и няма собствен сграден фонд</p> <p>2. Значителна отдалеченост от обслужвания контингент: 25-30 км.</p> <p>3. Слаба мотивация на обслужвания персонал поради ниското заплащане</p> <p>4. Ограничени възможности за квалификация поради статута на обикновена психиатрична болница без да е база за обучение и специализация</p> <p>5. Трудно поддържащ се в рамките на финансовите ограничения сграден фонд</p>

Ежегодните бюджети на ДПБ „Свети Иван Рилски” се характеризира със следните:

**Заплахи:**

- недостиг на финансови ресурси;
- необвързаност с реалните потребности;
- мултиплициране на съществуващи дефекти от финансирането за минал

период;

- липса на стимули за по-висока продуктивност и качество на медицинското обслужване;

**Възможности:**

- постепенна обвързаност на финансовите ресурси с реално извършената дейност;
- натрупване на опит в икономически дейности, които ще съпътстват

процеса на едно бъдещо договаряне с финансиращия орган;

- приобщаване към по-пазарни принципи, независимо от това, че здравното заведение ще остане бюджетно финансирано в бъдеще.

За да се реализират горепосочените перспективи в бюджетното финансиране, за

да се осъществи напълно преминаването **от финансиране на структури към финансирането на дейности** ще е необходим прецизен анализ на разходите

свързан с приложението на кейс-микс подхода. Прилагането на единна национална политика за координация и регулиране не само на медицинските, но и на икономическите аспекти на лечение на болни с психични заболявания ще бъде главен фактор за:

- постигане на баланс в разходите между отделните видове лечебни заведения в съответствие с техните функции;

- изглаждане на драстичните разлики в стойностите на единица болничен продукт в рамките на еднотипни заведения за болнична психиатрична помощ;

По този начин болницата ще си осигури:

- постепенна обвързаност на финансовите ресурси с реално извършената дейност;
- натрупване на опит в икономически дейности, които ще съпътстват процеса на едно бъдещо договаряне с финансиращия орган;
- приобщаване към по-пазарни принципи, независимо от това, че здравното заведение ще остане на бюджетно финансиране.

**Препоръка:** да се извършва финансиране като се отчита средната стойност на 1 преминал болен.

През 2009 г. разходите за храна на стационара са 221 033 лв., а разходите за медикаменти – 329 220.

В същото време, броят преминали болни за същата година е 1 860; броят леглодни – 84 600; средния престой в дни е 47; средногодишния брой легла е 250;

Стойността на 1 преминал болен е 955 лв.; стойността на 1 леглоден е 21 лв.; стойността на 1 лекарство-ден е 3.15 лв.; стойността на 1 храноден е 1.55 лв.

Разходите за медикаменти на стационара се увеличават по касов път – от 120 372 лв. за 2007 г. на 152 139 лв. за 2009 г.

Таблица 14

**Разходи за медикаменти на стационара**

В ЛВ.

<b>Година</b>	<b>Касови разходи</b>	<b>Бюджетни средства</b>	<b>Външно финансиране</b>	<b>Общ разход</b>
2009	152139	168838	59767	228605
2008	136541	135987	34393	170380
2007	120372	146023	67880	213903

Таблица 15 Среден разход на 1 лекарство-ден

<b>2009 г.</b>	2.81 лв. /2.08 лв с бюджет и 0.73 лв. безвъзмездни МЗ/
-	
<b>2008 г.</b>	2.08 лв. /1.66 лв с бюджет и 0.42 лв. безвъзмездни МЗ/
-	
<b>2007 г.</b>	2.55 лв. /1.74 лв с бюджет и 0.81 лв. безвъзмездни МЗ/
-	

Съществуващите рутинни икономически показатели: преминал болен, леглоден и др. в този им вид , който използваме, се явяват груби измерители на болничния продукт. За отчитане на тежестта на заболяването и за отчитане по-нататък на неговата ресурсоемкост, ще се наложи в специализираните психиатрични болници използването на по-

детайлизирани показатели. На този етап болницата независимо от значителните финансовите затруднения функционира в достатъчен обем, който съответства на потребностите на обслужвания контингент и използва най-рационално ресурсите, с които разполага. Структурните промени се извършват динамично и съответстват на програмата за психиатрична реформа.

Във връзка с по-нататъшната успешна работа на болницата е необходимо да се изработи стандарт за събиране, обработка и анализ на данни в психиатричните служби, който да включва следните статистически показатели:

- брой хоспитализации /обслужени случаи/;
- брой рехоспитализации;
- брой преминали болни /физически лица/;
- относителен дял на дълго пребиваващите пациенти / с

продължителност на 6 месеца/ от всички изписани.

Бюджетът на ДПБ „Свети Иван Рилски” се характеризира с недостиг на финансови ресурси, необвързаност с реалната потребност и мултиплициране на дефекти от финансирането за минал период. Финансирането както и в другите болници се извършва на принципа на т.нар. „исторически бюджет”. Като прибавим и факта, че стандартът на живот в България е относително нисък в сравнение с повечето страни в Европа и вложеният ресурс е крайно ограничен, то проблемът с финансирането става още по-остър. За да се преодолее този дефект е необходима определена стандартизация при финансирането на държавните психиатрични стационари.

С прилагането на стандарти за икономическите показатели от дейността на лечебните заведения ще бъде възможно:

- използването им като инструмент при определянето на общия дял на финансовите средства за болнична помощ от глобалния бюджет за обществено здравеопазване;

- да се избегне несправедливостта в разпределянето на финансовите ресурси между лечебните заведения;

- да се избегне несправедливостта по отношение на качеството на лечение, което болните получават в отделните лечебни заведения.

Чрез бюджета на Министерството на здравеопазването се финансират дейности, които са свързани с общественото здравеопазване, спешната помощ, държавните психиатрични болници, осигуряването на скъпоструващи медикаменти и консумативи, изпълнението на над 20 национални програми, приети от правителството като част от Националната здравна стратегия.

Финансирането на ДПБ “Свети Иван Рилски” е бюджетното /правителствено/ – държавно /чрез държавния бюджет/. При този вид финансиране една част от общите или целевите приходи на държавния или общински бюджети се преразпределят за здравеопазване /под формата на така наречените трансферни разходи/ и се контролират от правителството или общините.

*Предимства на бюджетното финансиране :*

- разширяване и уеднаквяване на правата на гражданите при ползване на медицинска помощ;

- създаване на условия за политически контрол върху разходването на средствата;

- интегриране и координиране на всички обществени бюджети в името на целта “Здраве за всички”.

*Недостатъци на бюджетното финансиране :*

- невъзможност за участие и влияние на потребителя върху здравеопазването;

- липса на механизми за самоуправление;
- бюрократизиране на системата;
- липса на стимули за индивида да опазва собственото си здраве;
- слаби икономически стимули за подобряване на качеството на

медицинската помощ и повишаване на производителността на труда.

Бюджетното финансиране на ДПБ „Свети Иван Рилски” се реализира чрез общ държавен бюджет. Това е типичен пример на финансиране с перспективен характер:

При системата общ бюджет болницата получава определени финансови средства за задоволяване на всички свои нужди за едногодишен период.

За ДПБ „Св. Иван Рилски” се използва варианта исторически бюджет – основава се на разходите през предходния период.

При благоприятна икономическа обстановка в страна и създадени реални условия за увеличение на държавния бюджет на Република България, ще се формира база за по-значителен размер на финансиране на психиатричните болнични заведения.

Получените приходи от помощи и дарения предоставени безвъзмездно се оценяват по справедлива стойност.

Болницата е реализирала собствени приходи – 10 457 лв. към 31.12.2008 г. има възстановени приходи от Министерство на здравеопазването в размер на 9 844 лв. по параграф 1012 Медикаменти.

**Таблица 16 Параграф 24-04 нетни приходи от продажба на услуги , стоки и продукция – 9 603 лв.**

С/ка 7110 Приходи от продажба на услуги/ приходи от клинични проучвания /	- 7 195.70 лв.
С/ка 7112 Приходи от продажба на материали/ бракувани ДМА предадени на втор.суровини и продаден амбалаж /	- 1 947.37 лв.
С/ка 7113 Приходи от продажба на продукция/ продажба на мартеници/	- 460.00 лв.

**Таблица 17 Параграф 10-12 – МЕДИКАМЕНТИ**

Касово изпълнение – 72 935 лв – 2001 г.
121 270 лв – 2002 г.
120 372 лв.- 2003 г.
136 541лв. - 2004 г.
152 139 лв.- 2005 г.
194 254 лв.- 2006 г.
174 184 лв. - 2007 г.
182 934 лв.- 2008 г.

При медикаментите процента на увеличение на относителното тегло спрямо 2005 г. е променено с 2 пункта и достига 13 %/ 2006 г/ и отново през 2007 г. се намалява до обичайните 11 %, за да стигне до 10 % за текущия период. Един анализ в годините назад ще покаже, че от 1998 г. относителните тегла на тези разходи/ медикаменти/ са твърде устойчиви за болницата между 8%- 11 %. При медикаментите трайно очерталата се неблагоприятна тенденция около половината от разходите да се формират от безвъзмездно придобити материални запаси е промяна.

Средният разход на 1 лекарство-ден/ изчислен на база общите леглодни за 2008 се увеличава, стойностите за съответните години показват една сравнително добра обезпеченост от медикаменти. Лекарство-деня за болницата сравнен с този на останалите държавни психиатрични стационари е със средни стойности. При един по задълбочен анализ, вероятно ще се проявят и други фактори обуславящи промените на лекарство-деня – законови рамки за формиране на цените на медикаментите в национален мащаб, причините, които обуславят различните стойности на лекарство деня в двете остри отделения, употреба на нови медикаменти и т.н..

Невъзможността на този етап да се лицензира болнична аптека, води до индиректно увеличение на оперативните разходи за всяка доставка на медикаменти се заплащат десет процента за обработка на лекарствени листове и табели на 1-ва МБАЛ. В рамките на годината са изплатени 17 хил. и остават за изплащане 2 хил.лв. / отчетни в параграф външни услуги/.

Единственият анализ през последните години, който е направен на дейността, икономическите и статистическите показатели на психиатричните стационари е публикуван в списание “Рецептор” бр. 2 /2004 г.

Данните от анализа показват следното: “Средният дневен разход за храна на един болен в психиатричните стационари /храноден/ през 2003г. е с 3% по-висок от този през 2002година. Като се има предвид, че повишението на цените на хранителните стоки през 2003г. е 8.04% в сравнение с 2002г. /при годишна инфлация 5.6%/, може да се заключи, че на практика е на лице намаляване на себестойността на храноденя. При разходите за лекарства ситуацията е подобна – в сравнение с 2002г., стойността на лекарство-деня в стационарите е нараснала с 6% - приблизително колкото годишната инфлация”. При приоритетните за здравеопазването разходи медикаменти и храна за стационара осезателно се чувства недостига от финансов ресурс.

### **2.3. „Център за психично здраве със стационар – София област” ЕООД**

ЦПЗ София област осъществява болнично и извън болнично обслужване на населението от Софийска област с психиатрична помощ и трудова експертиза на психично болните от Софийска, Пернишка, Кюстендилска и Благоевградска области. Основните дейности на ЦПЗ се състоят в активно издирване, диагностициране, лечение, диспансеризация, регистрация и периодично наблюдение на болни с определени психични заболявания. ЦПЗ София област е постигнал следните разходи през 2009 г.:

- разходи за медикаменти – 60 348 лв., които представляват 6,17 % от разходите за дейността;

- цена на един лекарство-ден – 2,37 лв.

Приходите от финансираня са в размер общо на 929 542 лв., от които:

- от правителството - 820 880 лв.
- друго финансиране под формата на помощи и дарения -108 662

лв.

В същото време, разходите, които ЦПЗ София област е направил за медикаменти през 2009 г. са в размер на 45 532 лв.

Приходите от дарения за 2007 г. са само 692 лв. Разходите за медикаменти и консумативи достигат 14 764 лв. и представляват 34.64 % от материалните разходи; цената на 1 лекарство-ден е 1.95 лв.

**За 2008 г.** приходите от продажба на медицински услуги са 162 110лв., а помощите и даренията са в размер на 133 496 лв.

Разходите за медикаменти и консумативи са в размер на 42 831 лв. и представляват 24.98 % от материалните разходи, стойността на 1 лекарство-ден е 2.04 лв.

Размерът на разходите за лекарства и медицински консумативи в процент към общите разходи за дейността за 2008 г. е 6.34 %.

Средният престой на преминал болен за 2007 г. е 23.01, за 2008 г. е 15.1 дни.

**За 2009 г.** приходите на ЦПЗ София област от продажба на медицински услуги са 169 970 лв., което е в повече с 7 860 лв. в сравнение с предходната година или близо 5 % повече. Помощите от дарения също са в по-голям размер в сравнение с предишната година – 141 509 лв. или близо 6 % увеличение. Показател за това е добрата работа на ЦПЗ София област и подкрепата, която неговата високо хуманна дейност среща сред дарителите.

Разходите за медикаменти и консумативи са нараснали на 60 348, които представляват 6.17 % от разходите за дейността, с цена на 1

лекарство-ден 2.37 лв. Увеличението основно се дължи на увеличените цени на медикаментите.

Размерът на разходите за лекарства и др. медицински консумативи в процент към общите разходи за дейността за 2009 г. е 6.16 %, което е намаление с 0.18 % спрямо предишния период.

Средният престой на преминал болен е 15 дни.

„ЦПЗ – София област” ЕООД приключи 2009 г. с положителен финансов резултат – печалба в размер на 126 273.95 лв. и по този начин отговаря на изискванията по чл. 12/1/ от договор № РД 16-263/01.07.2008 г. за възлагане на управлението на това дружество.

Броят на преминали болни за 2009 г. е 1 277 души.

**За 2007 г.** стойността на 1 лекарство-ден е 1.96 лв.

Постепенното увеличение на стойността на 1 лекарство-ден за трите последни години – съответно от 1.96, на 2.04 и 2.37 лв. не е резултат на увеличена бюджетна субсидия, а на по-добра организация на управленската дейност в болничното заведение.

През последните години обезпечеността с медикаменти на болничното заведение е сравнително равна на тази от предходните периоди, независимо от намалената стойност на лекарство-деня, тъй като се е разчитало единствено на бюджетна субсидия за тяхната осигуреност. По-задълбоченият анализ на цифровия материал показва, че съществуват и други фактори, които обуславят това намаление на стойността на лекарство-деня като: законови рамки за формиране на цените на медикаментите в национален мащаб, употребата на нови медикаменти и т.н.

Все още съществуват нормативни ограничения, които поставят в невъзможност да се лицензира болничната аптека, което води до индиректно увеличение на оперативните разходи за всяка доставка на медикаменти – заплаща се 10 % за обработка на лекарствени листове и

табели на 1-ва МБАЛ. Само за 2007 г. са изплатени под такава форма на 1-ва МБАЛ 18 000 лв.

Анализът показва, че и при този стационар се чувства остра нужда от финансови средства за медикаменти и храна, които и при този ЦПЗ са решаващи за осъществяване на неговата дейност.

#### **2.4. Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм /ДПБЛНА/ – Суходол.**

Лечебното заведение е специализирано и е предназначено за оказване на здравна помощ на хора с наркоманна и алкохолна зависимост и съдържа в себе си характеристиките на здравните заведения в Република България. Заведението осъществява профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация на злоупотребяващи и зависими лица. Лечението се осъществява в насока на наркоманна зависимост, алкохолизъм, алкохолни и наркоманни психози. Основните приложими методи и подходи са скрининг, амбулаторна детоксикация, индивидуална психотерапия и консултация, метадонова поддържаща програма, Програма „Домашен стационар”. Двете отделения, с които ДПБЛНА разполага са за лечение на хероинова и алкохолна зависимост. В базата в Суходол се извършва лечение на наркоманни проблеми, на болни с психични разстройства в резултат на наркомании и алкохолизъм.

Табл. 18 **качествени показатели на МПБЛНА - Суходол**

<b>Показател</b>	<b>Стойност</b>		
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
преминали болни общо	636	529	519
леглодни общо	10874	9439	13716
използваемост на леглата в дни общо	271,85	235,98	342,90
използваемост на леглата в % общо	74,28	64,65	93,95
средна продължителност на престой	17,10	17,84	26,43

### ***3. Описание на процеса на лекарственото снабдяване.***

#### **3.1. Лекарствено снабдяване в Център за психично здраве със стационар /ЦПЗ/ - гр. Враца.**

За 2009 г. стандартите за финансиране на делегирани от държавата дейности за диспансерите за психични заболявания са:

- 677,00 лв. за преминал болен;
- 846,55 лв. за преминал пациент по субституиращи и поддържащи програми и
- за дневните психорехабилитационни програми на преминал пациент-2352,00 лв.

Единните разходни стандарти за финансиране на делегираните от държавата дейности чрез общински бюджети през 2010 г. са определени с Решение №937/08.12.2009 г. на основание чл.8 ал.2 от Закона за общинските бюджети както следва:

- 628,00 лв. за преминал болен;
- 770 лв. за преминал пациент по субституиращи и поддържащи програми и
- за дневните психорехабилитационни програми на преминал пациент - 2123,00лв.

Следователно, в условията на икономическа и финансова криза в България, болничните заведения също изпитват сериозни финансови трудности във връзка с това, че държавата им предоставя намалени средства за финансиране на здравите дейности. Тези здравни дейности, които „ЦПЗ – Враца” ЕООД изпълнява са с висока степен на социална

отговорност на държавата пред обществото, защото те отразяват грижата за възстановяване и запазване на здравето на човека.

В условията на икономическа криза виждаме намаления на единните стандарти.

Последователната икономическа политика на лечебното заведение е свързана с привличане на дарители. Така например, за 2007 г. само даренията за медикаменти възлизат на 40 хил.лв., за 2008 г. – близо 242 хил.лв., за 2009 г. – също близо 200 хил.лв.

На фона на недостатъчните финансови средства от държавата, това е сериозно дело, касаещо наличие на повече средства в лечебното заведение, което чрез дарителския акт имат предварително насочване – осигуряване на медикаменти за болницата.

В така формираната държавна политика, „ЦПЗ – Враца” ЕООД трябва да намери подходящия начин, за да се справи с икономическите проблеми и да продължи своята високохуманна и обществено значима мисия. Налага се оптимизация на разходите за материали и външни услуги, към които се отнасят и разходите за медикаменти. Във връзка с това е необходимо да се продължи политиката на поддържане на икономичен режим на разхода на медикаменти, в т.ч. прилагане на класически невролептици, ограничено използване на скъпо струващи лекарства. Но в определени случаи това ще се отрази негативно на изхода от лечението на някои пациенти. Отново виждаме, отрицателното влияние на икономическата криза върху болничната политика и нейната основна мисия – опазване и възстановяване на здравето на хората.

С оглед на запазване и подобряване на доброто обслужване в болницата, се налага ръководството постоянно да наблюдава състоянието на икономическите показатели на лечебно-диагностичната дейност, които са свързани с подновяването на съществуващите и създаването на нови договори с финансиращи организации.

Таблица 19 Разходи за лекарства на ЦПЗ – Враца

Разходи за лекарства	хил.лева	% от общите р-ди
Разходи за лекарства за 2007 г.	89	10,85
Разходи за лекарства за 2008 г.	125	11,63
Разходи за лекарства за 2009 г.	169	11,99

ЦПЗ няма други източници на финансиране, т.е. договор с РЗОК и клинични пътеки.

За да покрие постоянно растящите разходи за лекарства, ЦПЗ – Враца не може да разчита на постоянни и предварително планирани собствени приходи, които да насочи към подобряване на лекарственото снабдяване. Затова, основните потребности от лекарства, болницата покрива чрез дарителски инициативи.

Спецификата на заболяванията, респективно начина на постъпване на пациентите на стационарно лечение, изключва възможността от платени хоспитализации, като възможен допълнителен собствен приход.

Към този момент няма финансиране от РЗОК и не са предвидени централни доставки на медикаменти.

Осигуряване на качеството на медицинската дейност съобразно Правилата за добра медицинска практика и Националния рамков договор, изискват анализ и системна оценка на трите елементи, характеризиращи качеството на дейността:

- на структурните елементи;

- на процесите свързани с оказване на болнична специализирана психиатрична помощ и

- на резултатите от тази помощ.

Една от насоките за подобряване качеството на структурните елементи включва системно снабдяване на отделението с качествени инструменти, реактиви, консумативи и медикаменти.

Приходите на лечебното заведение към 31.12.2008 г. са в размер на 1 091 000 лв.

По видове, тези реализирани приходи през 2008 г. са от:

- медицински услуги 94 000 лв. ;
- финансиране за дейност 757 000 лв.;
- от програма „От социални помощи към заетост” 9 000 лв. и
- 231 хил.лева от получени дарения за медикаменти.

Относителният дял на собствените приходи е в 8,62 % в общия размер на приходите за 2008 г.

В същото време за 2008 г. е получена субсидия с увеличение в сравнение с предходния аналогичен период – за 2007 г. в размер на 98 000 лв.

Наличните финансови активи към 31.12.2008 г. са: 41 000 лв., от които 6 000 лв. са в брой и 35 000 лв. по разплащателна сметка.

Детайлизирана справка на приходите 2007-2008:

Таблица 20 Приходи на ЦПЗ – Враца за периода 2007-2008 г.

Показатели	31.12. 2007 /х.лв/	31.12. 2008 /х.лв./	+/-
I. ОБЩО Приходи от дейността	<b>831</b>	<b>1091</b>	+260
1. приходи от продажба на мед.услуги	95	94	-1
2. по договор за финансиране	696	757	+61
3. други приходи	40	240	+200

При анализа на приходите за периода следва да направим следните изводи :

- 1) Увеличение на приходите от финансиране по договор с Община Враца в размер на 61 000 лв. на база увеличен стандарт;
- 2) Намаление на приходите от продажба на медицински услуги в размер на 1 000 лв. вследствие на намаленото търсене на медицинските услуги през 2008 г.;
- 3) Увеличение на другите приходи с 200 000 лв., тъй като за 2008 г. дружеството е получило дарение на стойност 200 000 лв., на медикаменти.

Финансови приходи за 2009 г. възлизат на 1 124 000 лв., в т.ч.:

- приходи от здравни услуги 140 000 лв.;
- приходи от финансиране 920 000 лв.;
- други приходи 64 000 лв.

Детайлизирана справка на приходите:

Таблица 21 на ЦПЗ – Враца за периода 2008-2009 г.

Показатели	2008 г. /х. лв./	2009 г. /х. лв./	+ / -
I.ОБЩО Приходи от дейността	<b>1091</b>	<b>1124</b>	+ 33
1. приходи от продажба на мед.услуги	94	140	+ 46
2. по договор за финансиране	757	920	+ 163
3. други приходи	240	64	- 176

От данните които виждаме в таблицата следва да направим изводи :

- 1)Увеличение на приходите от финансиране по договор с Община Враца в размер на 163 000 лв. на база увеличен стандарт;
- 2)Увеличение на приходите от продажба на медицински услуги в размер на 46 000 лв. вследствие на пазарното ценообразуване на цените на медицинските услуги през 2009 г;
- 3)Намаление на другите приходи с 176 000 лв., тъй като за същия период на 2008 г. дружеството е получило дарение на стойност 200 000 лв. на медикаменти.

## Разходи

Таблица 22 Видове разходи за 2008 г.

Видове разходи 2008 г.	Хил.лева	%
1. Разходи за възнаграждения	407	38,14
2. Разходи за осигуровки	81	7,59
3. Разходи за лекарства	125	11,63
4. Разходи за храна на стац. пациенти	76	7,11
5. Вода, горива и ел. енергия	123	11,61
6. Други материали	11	1,02
7. Текущ ремонт	101	9,44
8. Външни услуги	117	11,00
9. Други разходи	4	0,40
10. Амортизации	22	2,06
<b>ОБЩО РАЗХОДИ:</b>	<b>1067</b>	<b>100%</b>

От направената съпоставка на приходите с разходите за 2008 г., установяваме, че общо размерът им е нараснал с 24 000 лв. /1 091 000 – 1 067 000/.

## Разходи за 2009 г:

Таблица 23 Видове разходи за 2009 г.

Видове разходи 2009 г.	Хил.лева	%
10.Разходи за възнаграждения	508	36,26
11.Разходи за осигуровки	92	6,57
12.Разходи за лекарства	161	9,92
13.Разходи за храна на стац. пациенти	90	6,42
14.Вода, горива и ел. енергия	204	2,59
15.Други материали	9	14,56
16.Текущ ремонт	150	10,34
17.Външни услуги	163	11,63
18.Други разходи	2	0,14
10. Амортизации	22	1,57
<b>ОБЩО РАЗХОДИ:</b>	<b>1401</b>	<b>100%</b>

От направената съпоставка между приходите и разходите за 2009 г., установяваме, че общо размерът им е нараснал с 277 000 лв. /1 124 000 – 1 401 000/.

Таблица 24 **Приходи и разходи за периода 2010 г., 2011 г. и 2012 г. в лева**

Показатели	2010 г	2011 г	2012 г
I. Приходи			
1. Приходи от дейността			
Нетен размер на приходи от медицински услуги	131000	135397	135397
Приходи от финансираня; в т.ч. субсидии от държавата	922808	925620	925620
Други приходи – дарения и др.	20000	45000	45000
2. Финансови приходи – от лихви	150	150	150
Общо приходи ( 1+2)	<b>1073958</b>	<b>1106167</b>	<b>1106167</b>
II. Разходи			
1. Разходи за дейността			
Разходи за материали и външни услуги, в т.ч	<b>492048</b>	<b>494300</b>	<b>494300</b>
Ремонт и поддръжка	3500	3610	3610
Енергийни разходи	26100	28000	28000
Вода и канализация	12400	13800	13800
Квалификация на персонала	8000	10000	10000
Други	<b>7030</b>	<b>8500</b>	<b>8500</b>
Разходи за персонала:	<b>554350</b>	<b>582067</b>	<b>582067</b>
Заплати и други възнаграждения	465250	489557	489557
Социални осигуровки	89100	92510	92510
Разходи за амортизации	<b>17300</b>	<b>17800</b>	<b>17800</b>
2. Финансови разходи – такси	<b>1200</b>	<b>1400</b>	<b>1400</b>
Общо разходи (1+2)	<b>1071928</b>	<b>1104067</b>	<b>1104067</b>
III. Облагаема печалба	2030	2100	2100
IV. Данъци	203	210	210
V. Нетна печалба	1827	1890	1890

Приходите на „ЦПЗ – Враца” ЕООД се формират от финансиране на делегирани от държавата дейности; приходи от медицински услуги; други приходи – дарения; приходи от лихви.

За 2009 г. стандартите за финансиране на делегирани от държавата дейности за Центровете за психично здраве са съответно:

- 677,00 лв. за преминал болен;
- 846,55 лв. за преминал пациент по субституиращи и поддържащи програми и
- 2 352,00 лв. за дневните психорехабилитационни програми на преминал пациент.

Единните разходни стандарти за финансиране на делегираните от държавата дейности чрез общински бюджети през 2010 год са определени с Решение №937/08.12.2009 на основание чл. 8 ал. 2 от Закона за общинските бюджети както следва:

- 628,00 лв. за преминал болен;
- 770,00 лв. за преминал пациент по субституиращи и поддържащи програми и
- 2 123,00 лв. за дневните психорехабилитационни програми на преминал пациент.

Намалението на финансирането и по трите позиции се дължи на кризисното състояние на икономиката и недостигът на средства по държавния бюджет.

В условията на икономическа криза виждаме намаления на единните стандарти. Ще се наложи оптимизация на разходите на болницата за материали и външни услуги включващи намаляване разходите за командировки; представителни цели; намаляване на разходите за квалификация на персонала; поддържане на икономичен режим на разход на медикаменти / прилагане на класически невролептици, ограничено използване на скъпо струващи лекарства /; намаляване на разходите за

канцеларски материали, телефонни и пощенски услуги; икономично назначаване на медицински консулти и лабораторни изследвания; отлагане на инвестиции за ремонт и обновяване; преминаване в режим на икономии на топла вода и ел. енергия по график; замразяване на заплати; отлагане на разходи за закупуване на работно облекло.

В перо разходи за материали и външни услуги освен посочените разходи се включват и разходи за медикаменти; храна; медицински консумативи; канцеларски материали; хигиенни материали; резервни части за МПС; гориво за МПС; абонаментни такси; пране; лабораторни изследвания; консулти; телефонни услуги; правни услуги; изгаряне на отпадъци.

В перо други – това са разходи за командировки; обезщетения; платени данъци на автомобили, сграда и отпадъци; застраховки; представителни разходи и данък върху представителните разходи.

Намаленото финансиране през 2010 г. поставя нови по-високи изисквания на работещите здравни кадри в тази сфера с цел изпълнение на задачите на стационара, но съобразно с новите изисквания при планирането и възможностите за управление на дейностите им и осъществяване на националната здравна политика.

Новите по-високи изисквания във връзка с реформата в здравеопазването поставя нови повишени изисквания пред всички здравни работници, заети с тази високо отговорна обществена дейност.

**Препоръчителният модел на финансиране на „ЦПЗ – Враца” ЕООД**, който се приема за удачен и от работещите в това здравно заведение е финансиране на базата на бизнес планирането и договарянето и основани на новата нормативна база и на Националния рамков договор. Необходимостта от разработване и прилагане на качествено нов модел на финансиране се обуславя от ново появилите се пазарни отношения в сферата на здравеопазването, които са следствие от цялостното

обществено-икономическо развитие и високите отговорности, свързани с лечението на болелите хора.

Новите форми на организация на здравната помощ постави пред всички граждани на нашата страна изисквания към промяна в начина на мислене, основана на личната отговорност за здравето, както и промяна във взаимоотношенията между пациентите и здравните професионалисти. Разширяването на правата на пациентите и акцентирането в здравната реформа върху автономността на решенията – свободен избор на лекар, свобода на лично мнение, информирано съгласие за все нови елементи, оказващи въздействие върху цялата дейност при планирането и управлението на дейността на новия тип лечебни заведения – диагностично-консултативните центрове. Планирането на дейността на психиатричните лечебни заведения е процес, който е тясно свързан с бъдещото развитие на всяко звено в системата на здравеопазването, като чрез него всеки мениджър се стреми да скъси разстоянието между действителните потребности за осъществяване на дейността на лечебното заведение и реално извършените целесъобразни разходи в него.

Правилното определяне на системата на здравеопазването изисква от всеки, който се занимава с тези процеси да може да анализира основните елементи на управленския процес, който от своя страна включва управлението на човешките, финансовите, материалните и времевите ресурси.

Приоритетен момент в дейността на това болнично заведение ще бъде изпълнението на поставените задачи в Националната програма за психично здраве на гражданите на Република България 2005 – 2012 г.

**Мисията** на „ЦПЗ-Враца” ЕООД е активно издирване, диагностика, лечение и периодично наблюдение, диспансеризация и рехабилитация на

болни с психични заболявания. ЦПЗ е болнично заведение за оказване на доболнична, стационарна и рехабилитационна психиатрична помощ на населението от Врачанска област. Мисията е в съответствие с принципи, които са залегнали в Националната програма за психично здраве на гражданите в Република България 2005 – 2012 г., действащото законодателство в страна, международните договори и конвенции, в които Република България е страна, както и Кодекса за професионална етика на лекарите и Хартата за правата на пациентите.

**Стратегическите цели,** които болничното заведение си поставя са:

а/ по отношение на диагностичния процес – осигуряване на свободен избор, достъпна, безотказна, адекватна, достатъчна по обем и качество, също и своевременна диагностично-лечебна и рехабилитационна медицинска помощ и високо качество на предлаганите медицински и социални услуги, отговарящи на реалните потребности на гражданите и на съвременните стандарти на медицинската наука и практика в частност на стандарта Психиатрия;

б/ по отношение на административно-стопанската дейност – ефективно провеждане на финансовата, икономическата и административната политика при задоволяване на потребностите и интересите на ЦПЗ – Враца, от една страна и здравните потребности и интереси на обществото от друга;

в/ привеждане на всички медицински дейности към изискванията в националния стандарт Психиатрия, чрез детайлно описание на дейностите и задълженията на медицинския персонал на ЦПЗ – Враца, на всеки етап от извършване на основните медицински процедури;

г/ намиране на допълнителни източници на финансиране на дейността на ЦПЗ – Враца, чрез разработване на договори за привличане на инвестиции по програми, финансирани от МЗ или външни институции.

**Дългосрочните цели** на „ЦПЗ – Враца” ЕООД са свързани с:

а/ изготвяне и провеждане на дългосрочна инвестиционна политика  
с цел:

- повишаване на възможностите на диагностично-лечебния процес, чрез инвестиции в закупуване на необходимата съвременна апаратура и техника и повишаване на квалификацията на персонала;
- въвеждане на нови иновационни практики в обслужването на населението относно тяхното психично здраве;
- повишаване на ефективността на управление чрез създаване на съвременна информационна система на ЦПЗ – Враца;

б/ оптимизиране на диагностично-лечебните и управленски процеси

в

ЦПЗ – Враца с цел превръщането му в съвременно лечебно звено, отговарящо на европейските стандарти и норми.

**Краткосрочните цели и задачи на „ЦПЗ – Враца” ЕООД са свързани**

с:

а/ намаляване на заболяемостта и болестността на населението от психични заболявания;

б/ намаляване на смъртността от психични заболявания;

в/ подобряване на качеството на живота на лицата с психични разстройства /намаляване на последиците от психичната болест/;

г/ ръководство, координация и контрол на дейностите, организационните

взаимоотношения и договорености на ЦПЗ – Враца с другите лечебни заведения;

д/ проучване, анализиране, прогнозиране и разработване на план за

приходите и разходите от осъществяваната диагностично-лечебна дейност на ЦПЗ – Враца;

е/ ръководство, координиране и контрол върху използваните ресурси /човешки, материални, финансови и времеви/ в диагностично-лечебната дейност;

ж/ планиране, организиране, координиране и контрол на приема и обслужването на пациентите в ЦПЗ – Враца;

з/ осигуряване на адекватна информация за управление чрез координиране и контрол на дейността на информационното звено в ЦПЗ – Враца и отговорните за това лица;

и/ анализ на качеството и резултатите от диагностично-лечебната дейност и планиране на съответните мерки за подобряване на ефективността в работата на ЦПЗ – Враца;

й/ прилагане и контрол на системата за атестирането и подбора на медицинския персонал на ЦПЗ – Враца;

к/ създаване и контрол на система за повишаване качеството на психиатричната помощ на ЦПЗ – Враца;

л/ планиране, организация и контрол върху ефективното използване на наличното медицинско оборудване, материали и консумативи, необходими за дейността на ЦПЗ – Враца;

м/ организация и контрол върху системата за ефективно използване на труда на медицинския и помощния персонал в ЦПЗ – Враца;

н/периодични анализи и оценка на изпълнението на задачите, отнасящи се до диагностично-лечебната дейност на ЦПЗ – Враца ;

о/ отчитане на диагностично-лечебната дейност чрез система от показатели и участие в създаването на договорите с финансиращите организации;

п/ участие в планирането, организацията и контрола на цялостната административно-стопанска, икономическа и финансово-счетоводна дейност на ЦПЗ – Враца в съответствие с действащото законодателство за постигане на благоприятни икономически резултати и ефективно управление на финансовите потоци.

Основните дейности, които „ЦПЗ – Враца” ЕООД извършва са свързани с осъществяване на субституиращи и поддържащи програми, при които се използват упойващи вещества, на МЗ. С полученото разрешение № РД 26-12/23.11.2007 г. е дадено право на здравното заведение да осъществява такива програми с цел намаляване на здравните щети за лица, които са зависимо от наркотични вещества. Тези програми са високо структурирани и високо прагови. В резултат на упоритата работа на лекарския екип, в края на 2008 г. ЦПЗ – Враца получи одобрение за добра европейска практика за реализиране на психорехабилитационна програма на зависими.

Дейността, устройството, управлението и организацията на лечебното заведение са регламентирани с Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред, който се актуализира ежегодно, съобразно промените в действащата нормативна наредба.

На настоящия етап от своята дейност, лечебното заведение задоволява нуждите на Врачанска област със специализирана психиатрична помощ и подпомага близките области.

В организационно отношение, управленската структура на „ЦПЗ – Враца” ЕООД включва следните органи за управление /структурни звена/:

а/ ръководство – Управител и Главна медицинска сестра;

б/ мъжко стационарно отделение с 20 легла. В него се извършва лечение на мъже с тежки психически разстройства и такива, при които има налична друга тежка патология. В отделението има сектор за интензивно лечение на психично болни с крайно тежки разстройства;

в/ женско стационарно отделение с 20 легла. В него се извършва лечение на жени с тежки психични разстройства и такива, при които има налична друга тежка патология. В отделението има сектор за интензивно лечение на психично болни с крайно тежки разстройства.

г/ рехабилитационно отделение с дневен стационар с 20 места. Това отделение извършва рехабилитация и лечение на лица с по-леки психични разстройства, както и до лекуване;

д/ консултативно-диагностичен блок, към който има:

- отделение Метадон поддържаща програма
- ТЕЛК
- Приемно-диагностични кабинети

е/ болнична аптека;

ж/ административно-стопански блок

Ръководството на Административно-стопанския блок организира и ръководи финансово-стопанската дейност в ЦПЗ – Враца съгласно законовите разпоредби.

„ЦПЗ – Враца” ЕООД се представлява от Управителя.

Организационната структура е съобразена с изискванията на Закона за лечебните заведения, Наредбата за структурата на лечебните заведения и Търговския закон, както и със спецификите на дейността на ЦПЗ – Враца . Организационната структура е определена и в правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на „ЦПЗ – Враца” ЕООД, който е утвърден със заповед на Управителя.

Стратегическото управление на „ЦПЗ – Враца” ЕООД се извършва от Общински съвет – гр. Враца, който определя политиката на ЦПЗ – Враца .

Оперативното управление на това болнично заведение се извършва от Управителя, подпомаган в своята дейност от администрацията, Главната медицинска сестра и Началник-отделенията.

За осъществяване на болнична политика съобразно предназначението му, това лечебно заведение е необходимо точно да познава ресурсите, с които разполага, за да бъдат взети правилни решения свързани с неговото управление и използвани с цел постигане на ефективност на дейността му.

От анализа на материалните, трудовите и финансовите ресурси, с които болничното заведение разполага можем да направим извод, че той има всички необходими условия: организационни, кадрови и необходимото техническо оборудване за бързо и висококвалифицирано откриване на по-големия брой заболявания с потвърдена диагноза.

Финансирането на това болнично заведение включва всички начини за набиране, разпределение и изразходване на паричните средства, които са необходими за възпроизводство на дейностите, свързани с укрепване, опазване и подобряване на здравето.

Основните източници на финансиране на „ЦПЗ – Враца” ЕООД са:

- финансиране от общината. Финансирането от общинския бюджет е на основание чл. 106, ал. 3 от Закона за лечебните заведения за осъществяване на безплатни медицински услуги, свързани с осъществяването на специализирана помощ на населението;

- собствени приходи. Те са от платени медицински услуги;

- от дарения. Приходите от дарения са главно медикаменти.

От така изредените източници на финансиране, най-голям е дялът на

субсидията по договор за финансиране с общината.

Финансирането на „ЦПЗ – Враца” ЕООД се осъществява на базата на единните разходни стандарти за финансиране на делегираните от държавата дейности чрез общинските бюджети. Мярката е преминал болен за предходната година.

За 2008 г., стойността на един преминал болен за ЦПЗ – Враца за психични заболявания е определена на 524 лв. и преминал през субституираща програма – 774.50 лв.

За „ЦПЗ – Враца” ЕООД със Закона за бюджета за 2008 г. са гласувани 1370 преминали болни, като общата сума на средствата от делегираните държавни дейности е 717 880.00 лв. и 50 преминали в субституиращата програма за обща сума – 38 725.00 лв. С тази сума следва да се покриват всички разходи за осъществяването на стационарното лечение на психиатрично болните пациенти и на тези в субституиращата програма: заплати, осигуровки, отпуски и други обезщетения на персонала, медикаменти, консумативи, храна, отопление, осветление, вода, телефон, поддръжка на материалната база, лабораторни изследвания, консулти и т.н.

За 2008 г. по прогнозни данни са се очаквали собствени приходи в размер на 13 %, общо от всички приходи на болничното заведение. Тези приходи са от такси и медицински услуги от амбулаторната дейност.

По закон, стационарната медицинска дейност е безплатна, а платените услуги за извършени прегледи и болнични удостоверения са основен източник на приходи, но по брой са твърде ограничени. Причината за този ограничен брой платени прегледи големия брой социално слаби от групата на лекуваните пациенти и високия процент от заболялите, които са инвалидизирани.

За 2009 г. финансирането на „ЦПЗ – Враца” ЕООД се извършва по делегирани от държавата дейности и е в размер на 920 661.00 лв., от които за преминал болен през стационара са платени на болничното заведение

824 992.00 лв., по субституираща програма – 53 333.00 лв. и по дневна психорехабилитационна програма – 42 336 лв.

„ЦПЗ – Враца” ЕООД не е сключвала и съгласно Националния рамков договор няма право да сключва договор с РЗОК – Враца, също така болничното заведение не работи по клинични пътеки, лекарите нямат право да преглеждат пациенти и да ги лекуват по договор със Здравната каса.

Особеност свързана с финансирането на това лечебно заведение е факта, че се води областен Център за психично здраве и това, че в него се обслужват пациенти от цялата Врачанска област, тъй като то е 100 % общинско дружество / на община гр. Враца/, то останалите общини, чиито пациенти също се приемат и лекуват, не участват в до финансиране на лечебната дейност или по друг начин подпомагане на лечебното заведение.

### **3.2. Лекарствено снабдяване в Държавна психиатрична болница „Свети Иван Рилски”.**

Болницата преминава през два етапа на обществено финансиране:

- до 2000 г. – общинско бюджетно финансиране и
- след 2001 г. – държавно бюджетно финансиране.

Финансирането на ДПБ “Свети Иван Рилски” е бюджетно /правителствено/, т.е. държавно /чрез държавния бюджет/. При този вид финансиране една част от общите или целевите приходи на държавния или общински бюджети се преразпределят за здравеопазване /под формата на така наречените трансферни разходи/ и се контролират от правителството или общините.

Предимства на бюджетното финансиране :

- разширяване и уеднаквяване на правата на гражданите при ползване на медицинска помощ;
- създаване на условия за политически контрол върху разходването на средствата;
- интегриране и координиране на всички обществени бюджети в името на целта “Здраве за всички”.

Недостатъци на бюджетното финансиране на ДПБ “Свети Иван Рилски”:

- невъзможност за участие и влияние на потребителя върху здравеопазването;
- липса на механизми за самоуправление;
- бюрократизиране на системата;
- липса на стимули за индивида да опазва собственото си здраве;
- слаби икономически стимули за подобряване на качеството на медицинската помощ и повишаване на производителността на труда.

Разходите за медикаменти в болницата през последните години имат следния вид:

Таблица 25 Фактически и касови разходи за медикаменти . в **Държавна психиатрична болница „Свети Иван Рилски”**

Параграф 11	Касови разходи	Бюджетни средства	Извънбюджетни средства	Общ факт. разход
2010	157 734	108 473	32 090	140 563
2009	58 781	125 671	15 149	140 820
2008	182 934	198 477	19 539	218 016
2007	174 184	151 823	7 794	159 617

При медикаментите трайно очерталата се неблагоприятна тенденция около половината от разходите да се формират от безвъзмездно придобити материални запаси е промена. За първа година - 2004 от един дълъг шест годишен период- касовите разходи по бюджет са близки до бюджетните източници, през 2006-та и 2010 година нещо повече касовите разходи надвишават фактическите за текущия период, безвъзмездните натуре от последните години са с нива около 10 %а спрямо общата структура на разходи за медикаменти, с изключение на годината на анализа, по-високата стойност на безвъзмездните натуре е в резултат на дарения на медикаменти с високи цени.

Табл 26 Стойностите на лекарство-деня по години

Параграф 11	Касови разходи	Бюджетни средства	Извънбюджетни средства	Общ факт. разход
2010	157 734	108 473	32 090	140 563
2009	58 781	125 671	15 149	140 820
2008	182 934	198 477	19 539	218 016
2007	174 184	151 823	7 794	159 617

Средният разход на 1 лекарствен /изчислен на база общите леглодни за 2010 г./ се увеличава, стойностите за съответните години показват една сравнително добра обезпеченост от медикаменти. Лекарстводеня за болницата, сравнен с този на останалите държавни психиатрични стационари е малко под средните стойности. Невъзможността на този етап да се разкрие болнична аптека, води до индиректно увеличение на оперативните разходи за всяка доставка на медикаменти – заплащат се 10% за обработка на лекарствени листове и табели на 5-та МБАЛ. В рамките на годината са изплатени 12 хил. лева.

Друг момент - общият фактически разход на медикаменти през последните четири години бележи трайна тенденция на намаляване. Причина за това е намалението както на бюджетните, така и на извънбюджетните средства, отпускани на ДПБ “Свети Иван Рилски”.

При един по задълбочен анализ, вероятно ще се проявят и други фактори обуславящи намалението на лекарство-деня – законови рамки за формиране на цените на медикаментите в национален мащаб, употреба на нови медикаменти и т.н..

Невъзможността на този етап да се лицензира болнична аптека, води до индиректно увеличение на оперативните разходи за всяка доставка на медикаменти се заплащат десет процента за обработка на лекарствени листове и табели на 1-ва МБАЛ. В рамките на годината са изплатени 16 хил. и остават за изплащане 2 хил.лв. / отчетни в параграф външни услуги/.

При разходите за лекарства ситуацията е подобна – в сравнение с 2002г., стойността на лекарство-деня в стационарите е нараснала с 6% - приблизително колкото годишната инфлация.

При приоритетните за здравеопазването разходи за медикаменти и храна за стационара, осезателно се чувства недостига от финансов ресурс.

### **3.3. Лекарствено снабдяване в „Център за психично здраве със стационар – София област” ЕООД.**

Предлагането на психично-здравни услуги в ЦПЗ е основано на спазването на правата на пациентите, на оценка на техните индивидуални нужди и осигуряване на правото им на избор. В стратегическите цели за психично здраве – 2004 – 2012 г. е залегнало становището, че бъдещата система на психиатрична помощ трябва да бъде адекватно финансирана и икономически ефективна; качеството на медицинското обслужване трябва да отговаря на национално приетите стандарти и добра клинична пътека.

С оглед подобряване на лекарствената политика в ЦПЗ съществена роля има психологът към „ЦПЗ – София област” ЕООД, който за 2008 г. е провел 70 психологични изследвания с различни методики според конкретните нужди на пациентите, а през 2009 г. техния брой е 75.

В медицинския стандарт по психиатрия съществено място при диспансерното обслужване заема рехабилитацията в трите ѝ етапи:

- болничен: лечебно-възстановителен;
- преходен: болнично-домашен;
- етап на социално вграждане.

Според прилаганите методи и техника, рехабилитацията се осъществява чрез:

- трудова терапия;
- занимателна терапия;
- кинезитерапия;
- музикотерапия;
- арт терапия;
- обучение в социални умения и професионална преквалификация.

За осъществяването на тези дейности, които притежават качеството висока социална значимост, не е осигурено никакво финансиране.

В тази насока е необходимо да се разшири дейността на стационара като се наблегне върху работата на дневния стационар, осъществяване на психосоциална рехабилитация, но при подходяща материална база и адекватно финансиране.

Необходимо е продължаване на работата по разработването и осъществяването на програми и създаването на съответни екипи за ранно откриване и интервенции не само на техните, но и на по-леките и широко разпространени психични разстройства, но за реализирането на тази цел ЦПЗ не разполага в последните години с финансови средства.

**За 2008 г.** приходите от финансиране са в размер на 1 034 773 лв., от които от правителството са осигурени 901 277 лв., а от помощи и дарения – 133 496 лв.

**За 2008 г.** финансовите приходи на болничното заведение са 275 лв.

**За 2007 г.** приходите от финансиране са 494 700 лв., от които от правителството са 488 773 лв., а от помощи и дарения - 5 927 лв.

**За 2007 г.** финансовите приходи са 32 лв.

Не така добри са показателите за финансиране на дейността през 2009 и 2010 г.

### 3.4. Лекарствено снабвяване в ДПБЛНА – Суходол.

По отношение на отпуснатите бюджетни средства, най-благоприятна е била 2005 г. /150 161 лв./, докато общият фактически разход има стойност 149 707 лв.

Средната стойност на 1 храноден за 2010 г. е намалял спрямо този показател за 2009 г. с 1.85 лв., което е видно от представената по-долу справка.

Средният разход на 1 лекарство-ден - изчислен на база общите леглодни за 2009 г. спрямо 2008 г., намалява с 0.11 лв.

Табл 27 Средната стойност на 1 храноден и 1 лекарство-ден

Година	2008	2009	2010
Стойност на 1 храноден	4.88 лв	5.71 лв	3.86 лв
Стойност на 1 лекарство-ден	4.07 лв	3.96 лв	5.74 лв

Същият показател, изчислен за 2010 г. на база 2009 г. се увеличава с 1.78 лв. и е резултат на по-високата бюджетна субсидия за лечебното заведение.

Стойностите за съответните години показват една сравнително добра обезпеченост с медикаменти.

Отново, храноденят и лекарство-денят за болницата, сравнен с този на останалите държавни психиатрични стационари е със средни стойности.

От м. март 2011 г. ДПБЛНА – Суходол официално е стартирал проект „Създаване на консултативен център за зависими лица в лечение и техните семейства като средство за справяне със социалното изключване”,

при който поставената цел е да се предостави психосоциално консултиране и необходимата ресоциализация на зависими лица в лечение и техните семейства. За целта се създаде Консултативен център, който да извършва съответната дейност като в същото време той се занимава и с психосоциалното консултиране на нуждаещи се. Намерението е в проекта да бъдат включени пациенти с алкохолна и наркоманна зависимост, които са преминали през програмата за психосоциална рехабилитация в базата на ДПБЛНА, както и пациенти, които са преминали първична стабилизация в метадоново поддържащи програми.



## **Обобщение на получените резултати**

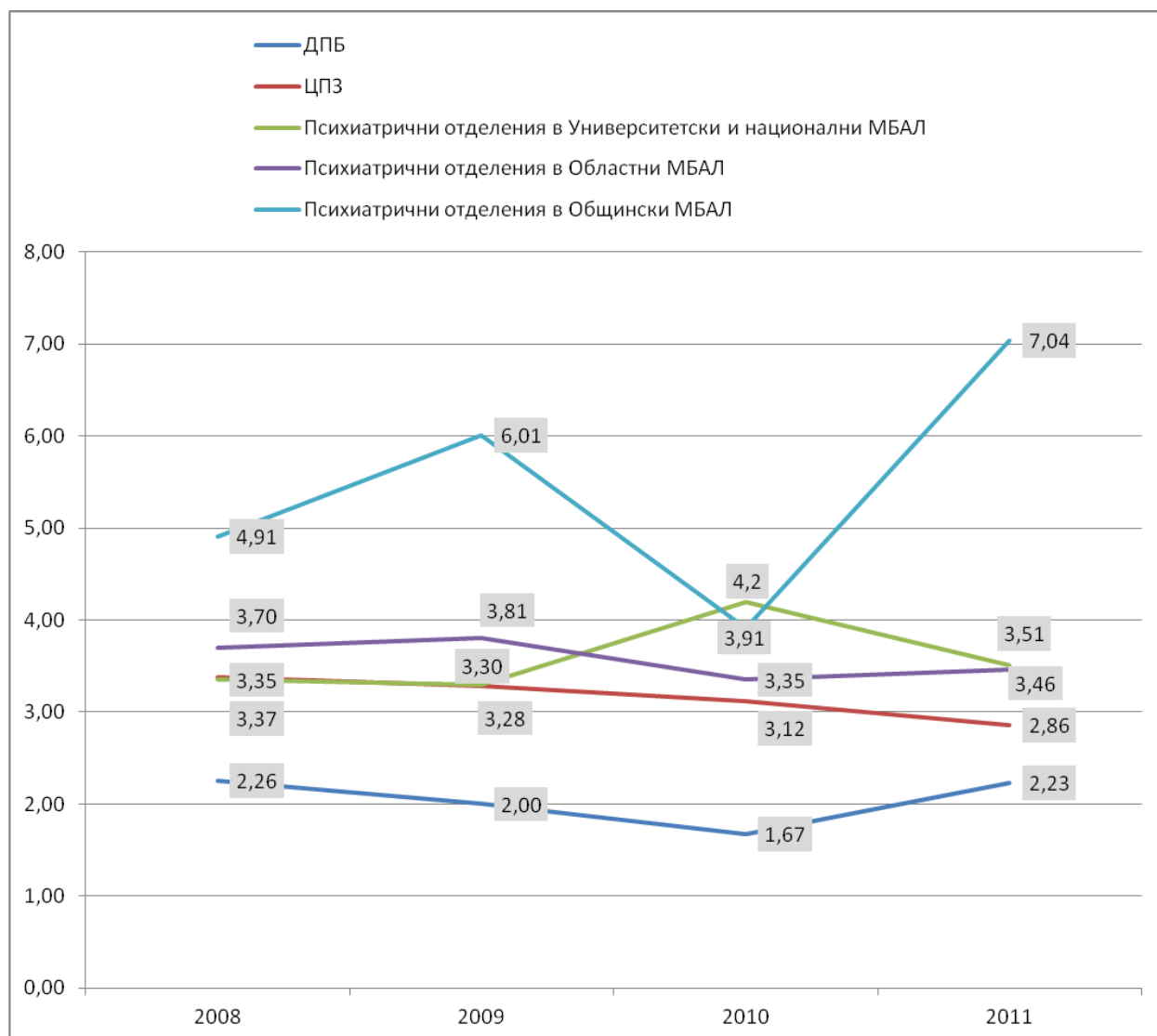
1. Анализът на резултатите от проучването, както за психиатричната помощ в цялата страна, така и за проучените четири психиатрични здравни заведения, показва хронично недофинансиране на психиатричната помощ у нас. Този процес е особено изявен в условията на икономическа криза през периода 2008 – 2011 година.
2. Хроничният недостиг на финансови средства за медикаменти, храна и други текущи нужди пораждаат необходимостта от активна работа по привличане на дарители и спонсори. Приходите от спонсори и дарения представляват около 1,8 % за психиатричните болници и 8,6 % за Центровете за Психично Здраве през 2011 година.
3. Преобладаващо в изследваните психиатрични здравни заведения е институционалното дарителство (дарения чрез фондации и други организации с нестопанска цел. Корпоративното и индивидуално дарителство са с малки обеми.
4. Средният разход за един лекарство-ден през 2011 година възлиза на – 2,23 лв. за психиатричните болници и на 2,86 лв. за ЦПЗ.
5. Фармакоикономическият анализ на цените на ефективните дневни дози на новата генерация антипсихотици представени в таблица N 28 показва, че преобладаващата част от тези антипсихотици значително надхвърля средния разход на един лекарство-ден в психиатричните здравни заведения , които за 2011 година възлизат на 2,23 лв.

Таблица N28 Цени на ефективните дневни дози на новата генерация  
антипсихотици

Международно непатентно наименование /INN/	Количество на активното лекарствено вещество		Окончателна опаковка	Търговец на едро	Стойност за опаковка, изчислена на база референтна стойност	Ниво на заплащане (%)	цена на таблетка	Ефективна антипсихотична доза (цена на ден)
Haloperidol	1,5	mg	50	3,07	3,07	3,07	0,06	
Ziprasidone	40	mg	56	183,97	183,97	183,97	3,29	13,14
Clozapine	100	mg	50	44,04	44,04	44,04	0,88	5,28
Olanzapine	10	mg	30	217,18	85,36	85,36	2,85	8,54
Quetiapine	400	mg	60	446,96	207,88	207,88	3,46	6,93
Amisulpride	400	mg	30	43,79	43,79	43,79	1,46	2,92
Risperidone	4	mg	30	18,05	18,00	18,00	0,60	1,20
Aripiprazole	15	mg	28	211,76	211,76	211,76	7,56	15,13
Sertindole	16	mg	28	221,24	203,39	203,39	7,26	7,26

Сравнението на горепосочените данните демонстративно показва, че средно в страната при този лекарство-ден достъпен би бил само 1 атипичен антипсихотик (Risperidone). Всички други атипичи остават извън възможностите на стационарите.

Фигура 6 Лекарство-ден в различните изследвани психиатрични болнични заведения



Сравнението с цените на дневните ефективни дози на атипичите показва, че само психиатричните отделения към общинските МБАЛ могат да си позволят да работят с 4 атипика, а другите по-нови антипсихотици от втората генерация остават недостъпни и за тях.

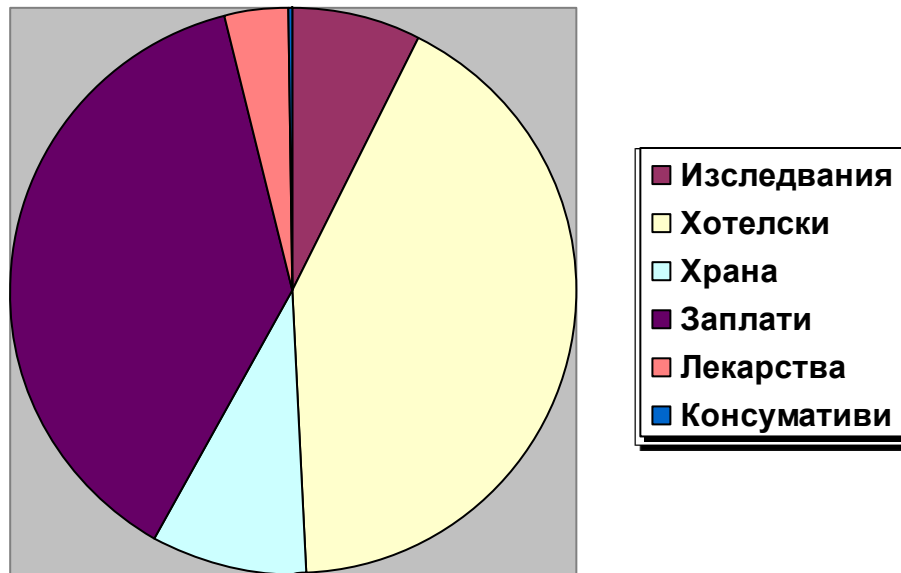
През 2000г. с навлизането на реформата, амбициите на психиатричната общност е 10-15 % от пациентите да се лекуват с атипични антипсихотици. 12 години по-късно ситуацията е раздвоена.

В държавните психиатрични болници този процент е близо 30%, но и над 20% от използваните в болницата атипични антипсихотици са от дарения.

6. Едно изследване // **Г. Койчев, Е. Божкова, 2005/** на съотношението на разходите в психиатрично отделение към МБАЛ „Александровска”София за шест месеца показва при среден престой – **22 дни**, средна използваемост на леглата– **71%** следните средни разходи за един пациент:

- Лекарства – 35 лв. – 3.7%
- Консумативи – 2.50 лв. – 0.3%
- Изследвания – 70 лв. – 7.4%
- Хотелски: 22 x 18.00 = 396 лв. – 42%
- Храна: 22 x 3.80 = 83.60 лв. – 9%
- Заплати: 22 x 16.30 = 358.60 лв. – 37.9%

Фигура 7 Структура на разходите на един пациент



Вижда се, че разходът за лекарства е едва 3,7% от общите разходи за един пациент, което е изключително нисък процент на общия фон.

## 7. Анализ на механизмите на финансиране за заведенията за психично здраве.

### А. Методика „Преминал болен”

#### - Предимства:

- По-кратък стационарен престой
- Възможност за натрупване на парични резерви при по-голям оборот, което променя лекарствената политика на заведенията

(съотношение на атипични към конвенционални антипсихотици)

- Липса на ограничение от клинични пътеки за лечение на коморбидност.
- Не е необходима осигуреност на пациентите

- Недостатъци:

- Трудности при лечението на пациенти с необходимост от продълъг престой (задължително лечение)
- Липсва отчитане на качеството на лечението, тъй като рехоспитализацията вази само за съответното заведение

В. Методика „Исторически бюджет”

- Предимства:

- Възможност за продължителен болничен престой и лечение (хронични пациенти и задължително лечение)

- Недостатъци:

- Липса на актуализация и увеличаваща се неадекватност на нуждите

Опитът от годините показва, че отпусканите средства са недостатъчни и не могат да осигурят достатъчен достъп на пациентите до съвременните психофармакологични средства. Това е особено валидно за държавните психиатрични болници, при които т.нар. исторически бюджет не може да осигури условия за минимално адекватно лечение, тъй като недофинансиране в някои от тях достига до 60%.

От посочените данни става ясно, че въпреки ниското заплащане механизмът на финансиране по методиката „преминал болен” създава по-добри възможности за лечение на психиатричните пациенти. Поради това всички пациенти, постъпващи доброволно за лечение, независимо от вида на психиатричния стационар, могат да бъдат финансирани на принципа „преминал болен”. Заплащането, обаче може да стане по-обективно и с повече възможности за развитие, ако се базира на остойността на извършените дейности, като към лечебните процедури непременно се включват оценката на качеството на ремисията и удовлетвореността на пациента.

Наложително е въвеждането на отделен начин за финансиране на пациентите на задължително лечение с решение на съда. Тъй като този контингент не може да се ползва с механизма „Преминал болен” подходящо е той да бъде осигуряван от отделни целеви програми.

## **VI. Препоръчителен модел на финансиране на психиатрични болници**

Лицата с психични разстройства в България са едни от най-уязвимите групи в обществото. Във връзка със социалната значимост на този проблем, в края на 2012 г. в нашата страна се проведе Национална конференция за Нови психосоциални и терапевтични програми за психично болни и зависими от алкохол и дрога.

Причина за увеличаването на броя на тази социална част от обществото са ниските финансови доходи, лошите условия на живот, съществуващите психологически бариери и т.н. негативи, които създават реална тенденция за социална изолация и пораждат необратима тенденция за изключване на тези хора от активен обществен живот. Поради своето заболяване и изолацията, в която попадат, много хора остават без адекватна грижа и социална подкрепа, без осигурен достъп до медицински услуги и твърде често със занемарено здраве.

Върху влошеното здраве на тази група хора оказват влияние редица стресиращи фактори като повишаване на безработицата, задълбочаване на тяхната социална изолация, липсата на реални възможности за равноправно участие в социалния живот.

Във връзка с това, основната насока за работа с лица с психични разстройства е насочена към преодоляване на социалната дезадаптация, подобряване на работата във връзка с борбата срещу дискриминацията оказвана върху тях. Поради това, тези лица се включват в различни програми за психосоциална рехабилитация. В съвременното психосоциалната рехабилитация е един от съвременните методи при работа с лица, страдащи от психически разстройства. Целта е тези хора да достигнат своето оптимално ниво на адаптация и независимост в обществото. Процесът включва разнообразни дейности, интервенции и услуги, които са

насочени към индивида, неговите лични проблеми и неговото социално обкръжение.

Програмата за психосоциална рехабилитация на лица с психични разстройства има следните цели:

а/ превенция на социалната дезадаптация на лицата с психични разстройства;

б/ реинтеграция и развитие на нови социални умения на лицата с психични разстройства.

Програмата работи на базата на Био-психо-социалният модел. Последният има съществено значение в процеса на рехабилитация на психично болни лица. Той намира приложение в редица помагачи професии и социални науки.

Както е известно, Био-психо-социалният модел е вид системен подход, който се основава на идеите за цялост, сложна организация и действие на изследваните обекти. Същевременно се отчита тяхната вътрешна активност и динамика. Параметрите в този подход са два:

- цялостност и
- комплексност.

Моделът изхожда от разбирането, че при човека биологичната, психичната и социалната система взаимно си влияят.

Психичните разстройства относително рядко довеждат до бърза смърт и това е причина за пренебрегване на тяхната висока социална цена. Редица анализи доказват, че те изразходват обществени ресурси в значително големи размери. Например, при подреждане на болестите по години пълноценен живот, които те отнемат на хората, то на пет от първите десет места попадат психичните болести. Направените изследвания през 1995 г. показват, че от обществените щети, които понася човечеството поради инвалидизиране, 25 % се падат на психичните болести.

По прогнозни данни се очаква през 2020 г. този дял да нарасне до 50 %.

Наличието на психична болест предполага нарушение на социалните функции на индивида в много по-изразена степен от други заболявания. Това поражда необходимостта от поставяне на силен акцент върху медицинските интервенции. От друга страна, обслужването на психиатрично болните се основава на биологичното разбиране за същността на психичната болест. На практика липсва изградена концепция за това, какво е участието на немедицинските професионалисти в процеса на цялостния процес на лечение. Цялостната система за управление на това лечение не е основано на здравно-икономически анализ, поради което тя е твърде неприспособима в пазарни условия. Липсва система, по която да се извърши оценка на ефективността на проведеното лечение на психиатрично болните<sup>9</sup>.

Въпреки наличието на изградена политика за психично здраве, проблемите, които стоят за разрешаване пред системата на психиатричната помощ са много. Налице са и редица положителни промени, които създават положителни предпоставки за подобряване на психиатричното лечение, както и социално-политическото звучене, в рамките на което се практикува професията на лекар-психиатър. Темата за психичното здраве е актуална в съвременното социално-икономическо развитие на страната.

Подобряването на психиатричната помощ е резултат от дългогодишните усилия на съсловните организации и техните лидери. Създават се благоприятни условия за успешното реализиране на принципите на

---

<sup>9</sup> Политика за психично здраве на Република България 2004-2012 г.

модерното психиатрично лечение. От гледна точка на ежедневната практика, принципите на модерната психиатрия са: положителна обществена нагласа към проблема, политическа воля на държавното ръководство, професионална компетентност на медицинските кадри, правилни управленски решения, добре регулирана нормативна уредба, съответстващо на нея и в достатъчен размер финансиране и т.н.

Психиатричното лечение, което се провежда в болничните заведения в страната се осъществява при условията на минимални ресурси под формата на групова терапия, създаване на благоприятни условия за взаимопомощ между пациенти, техните роднини и предписаното от лекарите медикаментозно лечение. Мнението на работещи в бранша е, че във връзка с реализирането на тези проекти работата е добре свършена, натрупаният практически опит в тази област също е значителен. Но всеобща е преценката, че средствата предвидени за лечение на психиатрично болните не са достатъчни. Поради това, основните задачи предвидени в Националната програма за психично здраве на гражданите на Р. България 2001 – 2005 г. не бяха напълно изпълнени. Но такива организации като Световната здравна организация, Съвета на Европа, Европейската комисия, Световната банка са убедени в последователността на работа по проблема с психиатрично болните в България. Последователна е работата на висококвалифицираните специалисти, които работят по проблемите на психиатрично болните в страната.

Обединените усилия на тези органи доведоха до изграждане на Дневен център за рехабилитация на хора с тежки психични разстройства. Той е изграден и функционира в рамките на Инициативата за социално сближаване на Пакта за стабилност за страните от Югоизточна Европа. Положителна роля изигра и втория международен проект „Създаване на регионални мрежи и системи за

събиране и обмен на социална и здравна информация”, който се изпълнява в България, но се съфинансира от Република Гърция в лицето на нейното Министерство на здравеопазването и социалната солидарност, Световната здрава организация и Институт „Отворено общество”.

В тази връзка, Световната банка чрез проекта „Реформа в здравния сектор” поема ангажимент към страната ни и извърши мащабен ремонт и реструктуриране на Клиниката по психиатрия на Александровска болница в София. Изборът на това лечебно заведение е поради факта, че това е една от психиатриите, включена в състава на многопрофилните болници, която напълно отговаря на концепцията на МЗ за реформа в областта на психичното здраве. Това направи възможно постепенното разрешаване на проблемите в психиатричната помощ, чрез прилагане на практика на модерните технологии на психиатричната помощ. За реализацията на този проект Световната банка осигури 1.5 млн. евро.

Трудно преодолими остават наличните негативни обществени нагласи. Това повишава ролята на обществото пред разрешаването на психиатричните проблеми на болните. В тази насока, пред политиците и държавната власт стоят за разрешаване сериозни въпроси.

Психиатричната професионална общност притежава и сериозен ресурс за разрешаване на проблемите на психиатрично болните. Този ресурс се изразява във високата компетентност на работещите в този сегмент на здравеопазването, сериозните грижи за психично болните, които се оказват в здравните заведения. В тази насока е необходимо грижата на държавата за тази част от населението да бъде по-сериозна главно по отношение на вземането на политически решения. Тя трябва да направи своя сериозен принос към планирането и управлението на грижите за психично болните на национално ниво. Това трябва да стане чрез въвличане в процеса на планиране и управление на психиатричната помощ

на всички професионалисти, които пряко участват в управлението на психиатричните грижи на местно ниво.

Законът за здравето, чл. 148 формулира основните принципи при лечението на лица с психични разстройства, а именно:

1. Минимално ограничаване и зачитане на личната свобода на пациента.
2. Намаляване на институционалната зависимост на лицата с психични

разстройства от продължително болнично лечение, при условие, че това не противоречи на утвърдените медицински стандарти.

3. Изграждане на широка мрежа от специализирани заведения и извън болнична психиатрична помощ и приоритет на грижите на семейството и социалната среда.

4. Интегрираност и равнопоставеност на психиатричната помощ с останалите медицински направления.

5. Спазване на хуманитарните принципи и норми за осъществяване на лечебния процес и социална адаптация.

6. Стимулиране на само помощта и взаимопомощта и осигуряване на активна обществена и професионална подкрепа на лицата с психични разстройства.

7. Специализирано обучение, професионална подготовка и преквалификация на лицата с психични разстройства с цел тяхната социална адаптация.

8. Участие на хуманитарни неправителствени организации в процеса на лечение и социална адаптация.

Принципите на политиката за психично здраве на Република България 2004 – 2012 г. са:

- обслужване в общността. Деинституционализация;
- спазване на човешките права;

- предоставяне на услуги с гарантирано качество;
- въвличане на потребителите в лечебно-рехабилитационни процес /овластяване/;
- въвеждане на интегрален /комплексен/ подход /мултидисциплинарни екипи, работа с индивида и неговото обкръжение/;
- прилагане на политика и практика, основани на доказателства;
- прилагане на програми за промоция и превенция на психичните разстройства;
- борба със стигмата и дискриминацията.

По мнението на д-р Владимир Сотиров, трябва да се развие нов модел на психиатрията, наречен „психиатрия в общността”, замисълът на която е, хората да получават лечение, помощ и грижа там, където живеят, без да са изолирани в институции. Идеята е, да не се задълбочава негативната среда, в която евентуално те са живели преди, защото тази среда задълбочава техните увреждания.

Както бе вече посочено, общият брой на леглата във всички психиатрични болници е над 2 400 броя за 2012 г., което представлява повече от 5 % от всички легла в страната /общо 46 000 броя/. Спрямо останалите легла, това е изключителен голям брой, но за тях не се сключват договори с НЗОК и няма клинични пътеки, т.е. те са оставени извън общата система на здравеопазване. Това означава, че те са на специален режим и обичайните механизми за управление и контрол не важат за тях. Докато в другите болници се прилагат механизми за управление на качеството на услугите както и за тяхното подобряване, то за психиатричните болници такива механизми не могат да бъдат прилагани, не се въвеждат съвременни управленски практики. Положителен момент в тяхната работа ще бъде създаването на настоятелства към тези болнични заведения.

Финансирането на психиатриите става директно от МЗ. Но фактът, че при тях липсва каквато и да било форма на колективен контрол – липсва борд на директорите или подобен орган за колективно управление, в управлението на участват представители на гражданите, на пациентите и техните близки, то обществото не получава информация за това, по какъв начин там се изразходват парите. Принципът, болниците да се управляват еднолично от директорите, продължава да е застъпен. От своя страна тези директори се отчитат пряко на министъра на здравеопазването. Относно работата на тези болнични заведения се достига до състоянието на информационен дефицит.

Ако погледнем условията на работа в психиатриите, то те не са никак леки, което не е стимул за лекарите да работят там. По принцип заплащането на труда там е ниско, което е допълнителна пречка и формулира отказ от работа. Като цяло, у правителството липсва политическа воля за промяна на работещите в сферата на психиатричната помощ.

Необходима е спешно подобряване на управлението за психиатриите и сериозни промени в Закона за лечебните заведения, който третира тяхната дейност. Остава неразвита системата за комплексно извън болнично лечение и грижи, от което единствено потърпевши остават пациентите.

В съвременното прави впечатление все по-сериозно изразена неспособност на хората да контролират агресивните си импулси, изразени в бързото каране на автомобили, злоупотребата с алкохол, липсата на търпимост и толерантност, лесна раздразнителност, пренебрежително отношение към нещата, наличие на завист, саботиране на инициативността, пасивност по отношение на проблемите на другите, липса на подкрепа и др. подобни.

Една част от психическите разстройства са във връзка с постигането на по-високи критерии, отколкото са реалните възможности на отделната личност, при преживяването на различни екзистенциални кризи и кризи на развитието – брачни кризи, проблеми във взаимоотношенията между членовете на едно семейство или с партньора. Сега разбирането за успех се измерва с материални критерии, а не както е било преди – в духовни и морални. Този стремеж често достига патологични измерения. Все още обществото не е достатъчно толерантно към проблема с психично болните. Дори близките на психично болния не са в състояние да поемат големия обем грижи, свързан с лечението на болните си роднини, така че процесът на Деинституционализация да протече безпроблемно. Все още към тези лица има нагласи към дискриминация от страна на обществото. А тези хора имат нужда от системни грижи.

Провежданата в България политика на психично здраве чрез въвеждането на съвременни принципи и критерии отговаря на потребностите на психично болните и на обществото в насока, те да бъдат лекувани и постепенно обратно интегрирани към него. Подобряването на психичното здраве се осъществява чрез въвеждане на съвременни принципи за профилактика и лечение на психичните заболявания. В последната управленска програма на МЗ това придобива особено значение. С направените промени в сферата на психичното здравеопазване, България трябва да отговори на критериите за психично здраве на Европейската общност. Европейските принципи за психично-здравна политика са заложили в приетата Политика за психично здраве у нас и новото ръководство на МЗ ще ги реализира с конкретни мерки и действия за усъвършенстване на здравната система.

В съответствие с европейските критерии, стратегията на МЗ за реформа в областта на психичното здраве е насочена към въвеждане на нов модел за психично-здравна помощ – т.нар. „психиатрия в общността”.

Целта е да се изградят алтернативи на съществуващата сега институционализирана психично-здравна помощ, за социалната подкрепа на обществото и участието на хората с психични разстройства по пълноценен начин в гражданския процес.

Психичните разстройства засягат 1 % от българите. Тенденцията е, те да бъдат настанявани не в заведения от затворен тип /болници и домове/ е да бъде създадена психиатрия в общността, което да доведе до де институционализиране на процеса на лечение. Това становище поддържа националният консултант по психиатрия проф. Тома Томов. През 2005 г. бе открит първия в страната Дневен център за психично здраве в Благоевград. Основната задача на този център е да повлиява положително на болните с хронични психични разстройства, които в същото време са загубили своите социални умения, да се научат да намират пътя за самостоятелен живот. Основните услуги на центъра са свързани с оказването на социална рехабилитация на заболялите и периодична консултация със специалист-психиатър. Национален координатор на проекта е д-р Христо Хинков. Центърът е пример за интерсекторно сътрудничество – между МЗ, Министерството на труда и социалната политика и община Благоевград. В тази връзка, МЗ ще финансира необходимите дейности по изпълнение на Националния план за действие за осъществяване на политиката за психично здраве на Република България до 2012 г. Постоянен ангажимент на МЗ е реализирането на държавната политика за усъвършенстване на здравната система и подобряването, модернизиранието на лечебните заведения за психиатрична помощ.

Статистическите данни показват, че България се формира като „тревожна нация” по думите на проф. Тома Томов. Психичните заболявания се изразяват в: тревожни разстройства, разстройство на настроението /проявява се под формата на депресия/, злоупотреба с вещества /най-често това е алкохол/ и др. подобни. На практика, това са

скрити болести, които блокират уменията на хората да си вършат работата и да водят живот с високо качество. Но най-тревожният проблем остава, че хората не подозират, че са болни, че тяхното здраве е засегнато от проблеми свързани с емоционални разстройства. Това показва, че политиката на психично здраве трябва да залегне и в следващите разработвани национални програми за лечение на психично болните.

Държавните и общинските клиники дължат около 300 млн. лв. на доставчиците си, като близо 1/3 от тях са просрочени задължения, за които няма изгледи скоро да бъдат изчислени. **Една от сериозните причини за този съществуващ в настоящето дълг е неправилно определеният начин на финансиране на психиатричните болнични заведения.** Дори и без този факт, пазарът на лекарства в България в настоящия момент е много странен. Сумите, които обществените фондове /НЗОК, държавните болници и здравното министерство/ дават за лекарства, са на стойност 36 % от всички купени медикаменти и този дял спада с всяка изминала година. Само за сравнение – аналогичния процент в ЕС е 83 %. Цените на медикаментите в България са приравнени на най-ниските в ЕС, което също ощетява производителите, търговците и пациентите – само за миналата година – само за миналата година заради този проблем от страната бяха изтеглени около 400 вида лекарства.

Към всичко това се добави и нелеката икономическа ситуация в страната и главно бюджетната криза и опитите на правителството да се справи с нея. Тези опити създадоха три основни проблема на фармацевтичните компании.

### **Първи проблем – кой купува скъпите лекарства.**

България е единствената държава в ЕС, чието Министерство на здравеопазването /МЗ/ провежда търгове и се занимава с доставки на скъпоструващи лекарства, а не само със здравна политика. Ефектът от това

е, че медикаментите се купуват само в рамките на определен бюджет и никога не стигат за всички нуждаещи се. По данни на МЗ през последните години държавата успява да лекува само 25 % от онкоболните например. Това е причината, аптеките да регистрират увеличени продажби на лекарствата, които трябва да плати държавата. Покупките през аптеките на такива лекарства през последните години варират по данни на консултантската компания IMS Health около 120 млн. лв. Тази сума надхвърля бюджета, който държавата отделя за този вид лекарства. Очакванията са, че тази сума ще се увеличава.

На този фон през 2010 г. в търга на ведомството имаше само един нов доставчик – българското дружество на MSD. Това е в съответствие с тенденцията от последните години – големите световни фармацевтични концерни да участват чрез собствена компания. По първоначални данни големият победител от търга е „Рош-България” с поръчки за доставка на медикаменти в онкологията и тежките заболявания /поръчки за 33 млн. лв./, а другите лидери в миналогодишното класиране – „Софарма трейдинг” и „Либра”, запазват местата си и очакват договорите по още няколко процедури за общо 126 млн. лв.

### **Втори проблем – несъществуващите картели.**

Този проблем на пазара е свързан с несигурността от административна намеса в бизнеса. Сега НЗОК обяви, че няма достатъчно средства и трябва да провежда политика на пестене на лекарства. В отговор на това определено становище от НЗОК, правителството обяви, че поради възникналия казус има пълни основания да търси „нагли” и във фармацевтичната промишленост.

Акцията „наглите” във фармацевтичния бранш беше започната след като беше изпратена документацията по последния търг от МЗ в Комисия за защита на конкуренцията /КНК/. За да успее да разследва

картелните споразумения между производителите, антимонополната комисия е получила документите за участие в класирането и резултатите от самото класиране на търговете, проведени при предишното правителство през периода 2005 – 2009 г.

Разследването показва, че двата производителя „Рош” и „Джонсън & Джонсън”, са представили еднакви цени, които в същото време съвпадат с референтната цена на самото министерство по отношение на изискванията по търга. Разследване е образувано и срещу производителя „Алкалоид” и дистрибуторите, които са участвали в търговете: „Алта фармасютикълс”, „Софарма трейдинг”, „Хигия”, „Търговска лига – национален аптечен център”, „Булрей и ко” и „Елфарма”.

От това разследване, дистрибуторите не са притеснени, защото те участват в търга с цени на лекарствата, за които са ги упълномощили производителите и които са посочени от МЗ.

### **Трети проблем – връщането на бюрокрацията.**

От гледна точка на пестене на бюджетни пари идва идеята НЗОК да има права сама да се справя с бюджета си за медикаменти и законопроект за това. Специално създадена за целта комисия определи цените на лекарствата, като ги постави на най-ниското ниво в ЕС. След тази стъпка, фармацевтичните компании кандидатстваха за участие в позитивния списък на лекарствата, които се заплащат от обществените фондове – МЗ, болниците и НЗОК.

Вписването в тази листа даваше право на фармацевтичната фирма да кандидатства, за може нейния медикамент да бъде включен в списък и заплащан от здравната каса. След като НЗОК определи дали този лекарствен медикамент да бъде заплащан от нея или не, тя определя и размера на процента от цената, който тя ще поема. Беше необходимо време, през което да се уточнят общите моменти по проблема между

производители на лекарства и здравната каса. Процедурата не беше съобразена с възможността от възникване на конфликти, което създаде доста напрежение между страните и поява на реална корупция.

Тъй като подобна практика във фармацевтичния бранш в другите европейски страни не съществува, то тази практика, оказала се твърде неефективна у нас беше прекратена през 2009 г. След този отказ, единствено комисията по позитивния лекарствен списък решава колко лекарства и на каква стойност да се заплащат. Но този начин също се оказва неефективен, защото не предполага икономии. Здравната каса започва да харчи повече за по-скъпи лекарства, вместо да пести, като заплаща за техни генерични копия. А в момент на криза, какъвто е настоящия, държавата има възможност да пести, като здравната каса заплаща повече за генерични медикаменти.

Възникна идея, която все още не е реализирана и се отнася до това, здравната каса да не заплаща медикаменти, които до момента е заплащала на стойност до 3 лв. за опаковка. Смисълът е, че тези лекарства са евтини и нуждаещите се могат и сами да си ги купуват. Ако тази идея бъде практически реализирана, НЗОК ще спести над 20 млн. лв. средства от своя бюджет. Но с отпадане на заплащането на част или цялата цена на по-евтините медикаменти засяга голяма част от българите. Това ще доведе до намаляване на техните семейни бюджети, защото повечето от тях например използват за своето лечение по няколко лекарства. От друга страна, основно тези лекарства се произвеждат от български фармацевтични предприятия, което на практика означава намаления обем на производство да доведе до съкращаване на работни места, по-ниски приходи за държавния бюджет от данъци от фармацевтичните производители, а това е и в разрез с политиката на намаляване на цените. В резултат на това, НЗОК ще бъде принудена да заплаща за лечение на

българите скъпи медикаменти и постепенно ще ориентира потреблението към тях.

Очаква се против тази идея основно да се обяви **Асоциацията на оригиналната индустрия** и „БГФарма”, която от своя страна обединява генеричните компании /произвеждат копия на нови лекарства, след като е изтекъл срока на техния патент/.

Цялата тази необмислена държавна политика нанася само вреди на икономиката и населението.

Необходимо е да продължи работата на национално ниво в областта на създаването на защитени жилища за хора с психични разстройства при подходящо медицинско и немедицинско подпомагане. Те засягат не само групите, които се нуждаят от цялостна психично-здравна помощ, но и цялото население. За разработването и осъществяването на програми, свързани със създаването на съответните екипи за ранно откриване и интервенции не само на тежките, но и на по-леките и широко разпространени психични разстройства са необходими финансови средства, с които понастоящем ЦПЗ - тата не разполагат. По тази причина, тези дейности се извършват в намален обем и предимно в амбулаторни условия в консултативните кабинети към ЦПЗ.

На базата на гореизложените анализи и като се вземе в предвид спецификата на психиатричните здравни заведения (диагностициране, лечение, финансиране, управление) е необходимо създаване на единен модел на финансиране на психиатричната болнична система, която постепенно да се приобщи към общоприетия модел на финансиране на стационарната помощ.

В противен случай тези болници ще бъдат обречени на постепенно затихване.

Сега на болните се полагат по около 2 лв. за лекарства на ден и още толкова за храна. Лечението, което се осигурява е със стари медикаменти,

които нямат предимствата на новите. Болните са с остри или обострени психични заболявания – шизофрения, биполярно разстройство, мании и т.н. В същото време, 20 – 30 % от пациентите са бездомници, които поради заболяването си не могат да се грижат сами за себе си. Някои от тях имат по-скоро нужда от социални грижи, които не ги поема социалното министерство, а ги поемат психиатричните болници.

Ето защо е необходимо следния модел на финансиране:

- Всички пациенти постъпващи доброволно за лечение могат да бъдат финансирани на принципа „преминал болен”, но остойносттаването да става и в зависимост от извършените дейности.
- Едновременно с това, да се въведе оценка на качеството на ремисията при изписването, включва е и страничните явления на медикаментите. Последното би било ефективен стимул за по-широко използване на последните генерации психофармакологични средства.
- Една потенциална възможност за повишаване на ефективността на лекарствената терапия е въвеждането на ролята лекуващ лекар, който участва във всички етапи на лечението на пациента си (в болничната и извън болничната помощ). Това би намалило възможностите за загуби от неоправдани, а дори и по немедицински мотиви промени в терапевтичната стратегия.
- Наложително е отделянето на начин за финансиране на пациентите, на задължително лечение, което в общия случай е най-малко три месеца, с решение на съда.
- Тъй като този контингент не може да се ползва с механизма „Преминал болен” по-подходящо е той да бъде осигуряван от отделна програма.

## VII. ИЗВОДИ

1. Психиатричните заболявания сред населението са важен медицински, социален и икономически проблем. Непрекъснато нарастват, увеличават се при младите групи от населението. Финансовата криза, увеличаващата се безработица и духовното обедняване на българите води до увеличаване на нервните разстройства, особено сред младите хора. Трудното намиране на място за социална реализация допълнително утежнява проблема. През последните години все повече се забелязва тенденцията за увеличаване на сериозните депресии на хората на възраст между 25 и 40-годишна възраст.

2. Финансовите средства, които се предоставят за психиатрична помощ се запазват на едно и също ниво вече редица години.

Причините, поради които парите, които са предоставени за психиатрично лечение през последните години не бележат съществена промяна се дължат на несъвършенствата в дейността на лекарствената политика на държавата, както и пропуските в дейността на НЗОК.

3. Броят на леглата в психиатричните болнични заведения от 2008 г. непрекъснато намалява, поради по-малкото пари, които бюджетът отделя за здравно лечение. В същото време, броят на заболелите и лекувани психично болни хора се увеличава, което слез 2008 г. се запазва като трайна тенденция. Успоредно с това, средният престой на болен за цитирания период в лечебно заведение също намалява.

4. Анализът на резултатите от проучването, както за психиатричната помощ в цялата страна, така и за проучените четири психиатрични здравни заведения, показва хронично недофинансиране на психиатричната помощ у нас. Този процес е особено изявен в условията на икономическа криза през периода 2008 – 2011 година.

5. Хроничният недостиг на финансови средства за медикаменти, храна и други текущи нужди поражда необходимостта от активна работа по привличане на дарители и спонсори. Приходите от спонсори и дарения представляват около 1,8 % за психиатричните болници и 8,6 % за Центровете за Психично Здраве през 2011 година.
6. Преобладаващо в изследваните психиатрични здравни заведения е институционалното дарителство (дарения чрез фондации и други организации с нестопанска цел. Корпоративното и индивидуално дарителство са с малки обеми.
7. Средният разход за един лекарство-ден през 2011 година възлиза на – 2,23 лв. за психиатричните болници и на 2,86 лв. за ЦПЗ.
8. Фармакоикономическият анализ на цените на ефективните дневни дози на новата генерация антипсихотици представени в таблица N 28 показва, че преобладаващата част от тези антипсихотици значително надхвърля средния разход на един лекарство-ден в психиатричните здравни заведения , които за 2011 година възлизат на 2,23 лв.  
Средно за страната при този лекарство-ден достъпен е бил само един атипичен антипсихотик (Risperidone)
9. През 2000г. амбициите на психиатричната общност е 10-15 % от пациентите да се лекуват с атипични антипсихотици. Поради недостатъчното финансиране в държавните психиатрични болници този процент е близо 30%, но и над 20% от използваните в болницата атипични антипсихотици са от дарения.

10. Разходите за лекарства в психиатричната помощ съставляват едва 3,7 % от средните разходи на един пациент.

11. Анализът на методиката за финансиране на психиатричните стационарни заведения показва, че методът „Исторически бюджет” е остарял и силно неефективен.

12. Препоръчва се същият да бъде заменен с метода „Преминал болен”, който в условията на Центровете за Психични Здраве дава значително по-добри резултати.

## **VIII. ПРЕПОРЪКИ**

### **I. Към Министерство на здравеопазването**

1. Всички пациенти постъпващи доброволно за лечение могат да бъдат финансирани на принципа „преминал болен”, но устойчивостяването да става и в зависимост от извършените дейности.
2. Едновременно с това, да се въведе оценка на качеството на ремисията при изписването, включвае и страничните явления на медикаментите. Последното би било ефективен стимул за по-широко използване на последните генерации психофармакологични средства.
3. Една потенциална възможност за повишаване на ефективността на лекарствената терапия е въвеждането на ролята лекуващ лекар, който участва във всички етапи на лечението на пациента си (в болничната и извън болничната помощ).  
Това би намалило възможностите за загуби от неоправдани, а дори и по немедицински мотиви промени в терапевтичната стратегия.
4. Наложително е отделянето на начин за финансиране на пациентите, на задължително лечение, което в общия случай е най-малко три месеца, с решение на съда.  
Тъй като този контингент не може да се ползва с механизма „Преминал болен” по-подходящо е той да бъде осигуряван от отделна програма.

### **II. Към ръководителите на психиатричните здравни заведения**

1. Активна работа по привличане на спонсори и дарители от корпоративно, институционално и индивидуално естество.
2. Участие в международни проекти и програми касаещи спецификата на проблема

## ПРИНОСИ

Приносният характер на дисертационната разработка следва да се разглежда в следните няколко направления.

1. На базата на богат литературен материал, предимно на латиница е разгледан положителния опит на някои развити страни и е направено съпоставяне с опита на България в областта на лекарство снабдяването.
2. Направен е критичен анализ на действащата лекарствена политика в здравеопазването у нас.
3. Направен е анализ и е описана характеристиката на лекарствената политика на четири психиатрични болници у нас в условията на финансова криза.
4. За първи път у нас е разработен препоръчителен модел за финансирането на лекарство снабдяването на психиатрични болници.

## НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ

1. Калоян Стаменов, Оригинално лекарство или генеричен аналог? Здравна политика и мениджмънт, 2011, том 11, бр.1
2. Калоян Стаменов, Теория на полезността в здравеопазването Медицински меридиани, 2011, том 2, бр.3
3. Калоян Стаменов, Оценяване на функциите на търсенето в сферата на здравеопазването, Здравна политика и мениджмънт, 2011, том 11, бр.2
4. Калоян Стаменов, Основен метод на икономиката на здравеопазването-методът „Разход-Полза” Здравна политика и мениджмънт, 2012, том 12, бр.1

## ЛИТЕРАТУРА

1. Антон Вълев, интервюта "Лекарствена политика"
2. Бенишева, Т., Ценова и реимбурстна политика на лекарствата в България, 2006
3. Борисов В., Воденичаров Ц., Реалности на здравната реформа, С., 2000
4. Борисов В., Здравен мениджмънт, второ допълнено издание, С., изд. Филвест, 2005
5. Борисов В., Здравната информация в България - нужда от неотложни промени –
6. Здравен мениджмънт, 2007
7. Борисов В., Стратегически здравен мениджмънт - философия и практика, 2006
8. Веков Т., Джамбазов С., Нов подход в здравното осигуряване за подобряване на качеството.- 2008, Здравна политика и мениджмънт, том 8, брой 6
9. Веков Т., Мета-анализ на изследванията на общественото мнение на здравната реформа в България. - Съвременна медицина, 2009, брой ½
10. Веков Т., Оценка на пациентите за здравната реформа в България. - Социална медицина, 2009, бр. ½
11. Веков Т., Развитие на болничната помощ в България в годините на икономически преход и здравна реформа, Част Втора - Обществено и професионално мнение, Съвременна медицина, 2008, брой 6, том 59
12. Веков Т., Развитие на болничната помощ в България в годините на икономически преход и здравна реформа, Част Първа - Национални здравни стратегии, Съвременна медицина, 2008, брой 6, том 59
13. Веков Т., Управление и икономика на здравеопазването и здравните реформи, изд. Български кардиологичен институт, С., 2010
14. Воденичаров Ц., Борисов В., Гладилов Ст. И др., Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване, сб. Здравен мениджмънт, 2005
15. Гладилов Ст., Икономика на здравеопазването, изд. ПРИНЦЕПС, С., 2009

- 16.Гладилов Ст., Павлова Ж., Чешмеджиева А., Икономика на здравеопазването - ръководство за практически упражнения
- 17.Грънчарова Г., Социална медицина, изд. МУ-Плевен, 2009
- 18.Делчева Е, Икономически параметри на съвременната здравна реформа, Икономически алтернативи, бр. 3, 2007
- 19.Делчева Е., Цели и реализация на здравната реформа, в сб. Социални срещу икономически измерения на здравеопазването в България, изд. Стопанство, С., 2006
- 20.Димитрова З., Димитров Д., Гетов И., Социална фармация и фармацевтично законодателство, Изд. Медицина и физултура, 2009
- 21.Димова А., Попов М., Рохова М., Здравната реформа в България - необходимост, развитие, резултати, перспективи, 2007
- 22.Дисертационан труд на тема "Усъвършенстване управлението на разходите за лекарства финансирани от публичните фондове в България" на Веселин Митков Цветков за придобиване на образователна и научна степен "Доктор" па шифър 05.02.17 "Планиране"
- 23.Доклад за здравето на нацията в началото на ХХІ век и анализ на здравната реформа - изд. на МЗ
- 24.Доклад на екипа на проекта Общественото възприемане на здравната реформа
- 25.Закон за здравето, обн. ДВ бр. 70/10.08.2004
- 26.Закон за здравното осигуряване, обн. ДВ бр. 70/19.06.1998
- 27.Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина
- 28.Закон за лечебните заведения, обн. ДВ бр. 62/09.07.1999
- 29.Зафирова Ц., Избор на стратегия за управлението на болниците, Варна, 2001
- 30.Здравна политика и икономически научно звено. Тримесечен бюлетин Vol. 11 (№ 3). Лондон: Британската медицинска асоциация, 1996.
- 31.Иванов Л., доц. Големанова Ж., Болничен мениджмънт, НЦОЗ, 2005
- 32.Интернет сайт на НСИ и МЗ.

- 33.Интернет, Форум Медикус
- 34.Коркина М.В. - Психиатрия, "Медпресс-информ" 2006
- 35.Кралския колеж на психиатрите. Webguide: Интернет ресурси по когнитивна поведенческа терапия. В Кралския колеж на психиатрите, 26 октомври 2001 г.
- 36.Куерво Х. и колектив, Управление на болницата, С., изд. Македония прес, 1998
- 37.Министерството на здравеопазването. Избор на лечение в психологически терапии и консултиране. Лондон: Министерството на здравеопазването, 2001 г.
- 38.Министерството на здравеопазването. Планиране на работната сила, образование и обучение В основата програма: възрастен психично-здравни услуги. Специален доклад от първична група грижи Ключова област. В психично здраве Национален рамков служба, 26 октомври 2001 г. (<http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/watspecialreport.pdf>).
- 39.Национален план за действие за осъществяване на политиката за психично здраве на РБ за периода 2004-2012 г.
- 40.Национална здравна стратегия 2008-2013. <http://www.mh.government.bg/>
- 41.Попов М. и колектив, Финансиране на здравеопазването - модели и подходи, НЦОЗ, 1991
- 42.Проект на бюджет за 2009 г. на Министерство на здравеопазването и прогноза за 2010 и 2011 г.
- 43.промени в Закона за здравното осигуряване. Измененията бяха обнародван в ДВ бр. 101/2009 г.
- 44.Радева М., Социологически аспекти на ролята на НЗОК в системата на здравеопазването, сб. Здравен мениджмънт, 2007
- 45.Световната здравна организация. Разделяне на развитие на човешките ресурси за финансиране на здравеопазването. Медицинска практика и образование по-подходящи за нуждите на хората. Приносът на семеен лекар. Онтарио, Канада: СЗО WONCA, 1994.
- 46.Томов Т., Национална програма за психично здраве на гражданите на РБ

2001-2005 г., С., 2001

47. Финансиране и управление на здравеопазването: теоритични основи, модели, проблеми и тенденции, МФ, 2005
48. Четвърта национална конференция по етика, "Етиката в българското здравеопазване", С., м. май 2007
49. Щерев Ат., Здравеопазването в България днес и утре, С., 2005
50. Щерев Ат., Митовете в българското здравеопазване, сб. Здравен мениджмънт, 2007
51. NHS Център за рецензии и разпространение. Консултиране в първичната медицинска помощ. В Ефективност въпроси Vol. 5. Йорк: Университета на Йорк, 2001 ([www.york.ac.uk/inst/ird/em52.htm](http://www.york.ac.uk/inst/ird/em52.htm)).
52. Ad. Rietveld and Fl. Haaijer-Ruskamp, Policy options for cost containment of pharmaceuticals. Drugs and money, WHO, 2003
53. АНСР Depression Guideline Panel. Depression in primary care: Volume 1. Detection and diagnosis. Guidelines for Clinical Practice, Number 5. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1993.
54. B. Abel-Smith and E. Mossialos, Cost containment in the pharmaceutical sector in the EU member states, London School of Economics, 1996
55. Barrowclough, C. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with underlying disorders of schizophrenia and substance use. American Journal of Psychiatry 158, 1706-13.
56. Blanpain, JE National Health Insurance and Health Resources: The European experience. Cambridge MA: Harvard University Press, 1978.
57. Bower, P. and Sibbald, B. (2001). On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice (Cochrane Review). In The Cochrane Library Vol. 4. Oxford: Update Software.

58. Bower, P., Richards, D., & Loyal, K. (2001). Clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders. *British Journal of General Practice* 51, 838-45.
59. Bower, P. & Sibbald, B. (2000). A systematic review of the effects of mental health professionals on site by the clinical behavior of general practitioners. *British Medical Journal* 320, 614-17.
60. Burland, J.F. (1998). Family Family: trauma and recovery model of family education. *New Directions for Mental Health Services*, 77, 33-44.
61. Crowther, R. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental disorders (Cochrane review). In *The Cochrane Library Vol. 4*. Oxford: Update Software.
62. Dailur, CB, Pawlik, VN, Murfi, KP, & Haiman, DJ (2000). The prevalence of depression and dementia in the abuse or neglect. *Journal of the American Geriatrics Society* 48, 205-8.
63. De Lima, MS, Hotoph, M. & Wessely, S. (1999). Efficacy of pharmacological treatments for dysthymia: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 29, 1273-89.
64. Diksan L. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with mental disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 903-10.
65. Dilk, M.N. & Bond, G.R. (1996). Meta-analytic evaluation of social research skills for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 1337-46.
66. Dreik, R.E. and others. (2000). Evidence-based treatment of schizophrenia. *Current Psychiatry Reports* 2, 393-7.
67. Emerick, R.E. (1990). Self-help groups for former patients: Relations with mental health professionals. *Hospital and community psychiatry* 41, 401-7.
68. EU, L.S.E. Panos Kanavos, Health and Social Care: Overview of pharmaceutical pricing and reimbursement regulation in Europe, 2002
69. Evans, R.G. (2002). Financing health care: taxation and the alternatives. In financing

- healthcare: Options for Europe (ed. E. Mossialos), p 31-58. Buckingham / Philadelphia: Open University Press.
70. Faraon, FM, Mari, JJ, and Streiner, D. (2001). Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). In *The Cochrane Library* Vol. 4. Oxford: Update Software.
71. Fischbach, R.L. & Hurburt, B.A. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science and Medicine* 45, 1161-76.
72. Gask, L., Sibbald, B., & Creed, F. (1997). Evaluation of model operation of the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry* 170, 6-11.
73. Goldberg, D., Benjamin S., Criid F. *Psychiatry in medical practice*, 1999
74. Goldberg, D. & Hukli, P.-common mental disorders: Biosocial Model. London: Routledge, 1992
75. Haaga, D.A.F. and BEK, A.T. (1992). Cognitive therapy. In *Handbook of affective disorders* (ed. ES Paykel), p 511-23. Edinburgh: Churchill Livingstone.
76. Hey, P.J. and Bacaltchuk, J. (2001). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane Review). In *The Cochrane Library* Vol. 4. Oxford: Update Software.
77. Hickie, I. (1999). Primay care psychiatry is not specialist psychiatry in general practice. *Medical Journal of Australia* 170, 170-3.
78. Jak, B., Nagi, Z., & Varga, Z. (1997). Health care reform in Central and Eastern Europe. *Family Medicine in Hungary. European Journal of General Practice* 3152-8.
79. Jon, C.B. Adams, C.E., & Oriz, K. (2001). Crisis intervention for people with severe mental disorders (Cochrane review). In *The Cochrane Library* Vol. 3. Oxford: Update Software.
80. Jouns, S. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. In *The Cochrane Library* Vol. 4. Oxford: Update Software.
81. Kenwright, M., Liness, S., and Marks, I. (2001). Reducing the demand for clinicians, offering self-help computer phobia / panic: feasibility study. *British Journal*

- of Psychiatry 179, 456-9.
82. Kesler, R.C. (1994). Lifetime and 12-month presence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 51, 8-19.
  83. Kownacki, R.J. and Shadish, W.R. (1999). Does Alcoholics Anonymous work? Results of a meta-analysis of controlled experiments. *Substance use and abuse* 34, 1897-916.
  84. Ley, A. (2001). Treatment programs for people with both severe mental illness and substance misuse (Cochrane Review). In *The Cochrane Library Vol. 4*. Oxford: Update Software.
  85. Marrke, J. and GROENEWEGEN, pp Back to Bismarck: Eastern European Health systems in transition. Aldershot: Avebury, 1997.
  86. Marshal, M & Lokuud, A. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane review). In *The Cochrane Library Vol. 3*. Oxford: Update Software.
  87. Meisum, P. & Uilkinson, G. (1996). The prevalence of psychiatric morbidity OPCS survey of psychiatric morbidity in Great Britain. *British Journal of Psychiatry* 168, 1-3.
  88. Mellor-Clark, J., Sims Ellis, R., and Burton, M. National survey of counselors in primary care: evidence for growing professionalisation. London: Royal College of General Practitioners, 2001.
  89. Melzer, D., Heil, A. & Malik, S.J. (1991). Community care for patients with schizophrenia one year after hospital discharge. *British Medical Journal* 302, 1023-5.
  90. Mossialos, E., ed. *Funding health care: Options for Europe*. Buckingham / Philadelphia: Open University Press, 2002.
  91. Mueser, K.T. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management (Review). *Schizophrenia Bulletin* 24 (1), 37-74.
  92. Mueser, K.T., Bond, G.R. & Dreik, R.E. Community treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: results of treatment? In *Medscape Mental Health on*

October 26, 2001

(<http://www.medscape.com/Medscape/psychiatry/journal/2001/v06.n01/mh3418.mues.html>).

93. Neimsmit, S.L (2001). Effects of mental health training and clinical audit on general practitioners' management of common mental disorders. *Medical Journal of Australia* 175, S42-7.
94. Olfson, M. (1990). Assertive community treatment: an evaluation of experimental evidence. *Hospital and community psychiatry* 41, 634-41.
95. Pekkala, E. & Merinder, L. (2001). Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). In *The Cochrane Library Vol. 3*. Oxford: Update Software.
96. Pen, L.D. and Mueser, K.T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 153, 607-17.
97. Reggeri, M. (2000). Determination and distribution of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry* 177, 149-55.
98. Reinertsen, J.L. (1998). Physicians as leaders in improving health systems. *Annals of Internal Medicine* 128, 833-8.
99. Saltman, R.B. & Figueras, J., ed. *European health care reform. Analysis of current strategies*. Geneva: WHO Europe, 1997.
100. Stein, L.I. and test, Master of Humanities (1980). Alternatives to mental hospital treatment. I. conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 37 (4), 392-7.
101. Tansella, M. & Thornicroft, G., ed. *Common mental disorders in primary care*. London: Routledge, 1999
102. Tesen, W.E. (2000). Mental health service use by Americans with severe mental illnesses. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 35, 147-55.
103. Thornicroft, G. (1998). The efficacy of the effectiveness of community mental health services. PRISM Psychosis Study. 10. *British Journal of Psychiatry* 173, 423-7.

104. Tyrer, P. (2001). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illness and personality disorders (Cochrane Review). In *The Cochrane Library* Vol. 4. Oxford: Update Software.
105. Usten, & Sartorius, N. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester: John Wiley and Sons, 1995.
106. Von Korff, M. and Goldberg, D. (2001). Improving outcomes in depression. *British Medical Journal* 323, 948-9.
107. Wienke G.W. Boerma (Netherlands Institute for the Study of Health Services), Utrecht, The Netherlands
108. World Schizophrenia Fellowship. *Families as partners in care: a document designed to launch a strategy for implementing family education programs, training and support*. Toronto: World Schizophrenia Fellowship, 1998.