МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
КАТЕДРА „ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И МЕНИДЖМЪНТ“

Костадин Николов Попов

АНАЛИЗ НА ПРИЛОЖЕНИЕТО НА СИСТЕМАТА ЗА ПРЪСТОВА ИДЕНТИФИКАЦИЯ И НА СИСТЕМАТА ЗА ОБРАБОТВАНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ В ОБЛАСТТА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ. РАЗРАБОТВАНЕ НА АЛГОРИТЪМ ЗА ВНЕДРЯВАНЕ НА РЕФОРМИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН “ДОКТОР”

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”
Научна специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

Научни ръководители
Проф. д-р Тодор Черкезов, дм
Доц. Александрина Воденичарова, дм

Рецензенти:
Доц. инж. Стефан Колев Великов , доктор
Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

София, 2020г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от катедрен съвет на Катедра „Здравна политика и мениджмънт“ при Факултета по Обществено здраве при Медицински Университет –София.

Дисертационният труд съдържа 144 страници и е онагледен с 4 таблици, 19 фигури и 3 приложения.

Библиографската справка включва 164 заглавия, от които 38 на кирилица и 126 на латиница.

Научно жури:

Проф. Николай Ангелов Попов, дм

Доц. инж. Стефан Колев Великов , доктор

Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

Доц. д-р Владимир Христов Гончев, дм

Проф. д-р Мария Атанасова Семерджиева- Филипова, дм

Резервни членове:

Проф. Мариела Светославова Янева- Деливерска, дмн

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Публичната защита ще се състои на 16.10.2020г. от 14:00 часа в заседателната зала на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна –ИСУЛ” ЕАД, ул. „Бяло море” № 8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ София, УМБАЛ „Царица Йоанна –ИСУЛ” ЕАД, ул.„Бяло море” № 8, гр. София и на интернет страницата на МУ София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ 4

МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО 7

Работна хипотеза 7

Цел и задачи 7

Социологически методи 8

Статистически методи 9

СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ 11

1. Резултати от проучване на мненията на медицински специалисти, работещи в болничната помощ и на пациентите, относно въведената система за пръстова идентификация 11

2. Резултати от проучване на приложението на електронна здравна карта в страни от ЕС и перспективите за внедряването ѝ в България 18

3. Проучване на специфичните характеристики на реформите в здравеопазването и изготвяне на алгоритъм за приложение на реформи в здравеопазването 27

4. Резултати от анкетно проучване сред здравни експерти за изследване на отношението им към предлагания алгоритъм за внедряване на реформи в здравеопазването 47

ИЗВОДИ 51

ПРЕПОРЪКИ 54

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 57

САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД 59

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД 60

ВЪВЕДЕНИЕ

Днешните системи за сигурност все по-често разчитат на биометрични данни, за да идентифицират даден потребител и да му предоставят нужното ниво на достъп – до информация или друг вид ресурс. Поевтиняването на технологиите прави тези системи все по-достъпни и по-масови. Затова е необходимо да се знае повече за тях.

Когато обаче научим от медиите, че по един или друг начин биометрията се превръща в част от ежедневието ни, нещата започват да звучат смущаващо.

На 1 октомври 2016 г. в здравеопазната система в България официално се въведе системата на пръстова идентификация – абсолютно задължително за всички болнични лечебни заведения в страната, които искат да бъдат договорни партньори с НЗОК. След тази дата единствено по този начин здравноосигурените пациенти можеха да бъдат хоспитализирани.

Няколко месеца преди това, на 20 юли 2016 г., в пет болници системата заработи експериментално: четири в гр. София (УМБАЛ „Света Анна“, Първа АГ болница „Св. София“, СБАЛ по онкология, Първа МБАЛ – София) и една в гр. Русе (МБАЛ „Русе“).

Системата не запазва копие на пръстовия отпечатък, а създава уникален идентификационен номер от нули и единици, като личните данни на всяко лице са напълно защитени според фирмата, изработила устройството.

От НЗОК информираха, че при пациентите, които откажат да използват системата, болниците би трябвало да откажат лечението им, най-малкото, защото впоследствие няма да им бъдат възстановени парите за извършените медицински дейности. Изключение се прави единствено за спешните пациенти, които първо ще се лекуват, а след това, ако здравословното им състояние позволява, ще бъдат регистрирании при някои по-особени случаи.

Предвиждаше се в бъдеще пръстовият идентификатор да се използва и при всички останали медицински услуги, включително и при посещение при личен лекар и закупуване на лекарства в аптеките от пациентите.

Въвеждането на СПИ предизвика мощна негативна социална реакция от частни лица (граждани), от пациентски организации и от медицинската общност.

БЛС се обяви против въвеждането на системата и отказа да подпише НРД за съответната година, а личните лекари излизаха многократно на протести с основен мотив да не се въвеждат предлаганите промени.

Също така бяха подадени множество жалби от частни лица и от пациентски организации, които не одобряват предлаганата промяна.

Първоначалните коментари на пациентите, използвали устройството, не са еднозначни. Според едни това е положителна стъпка за създаване на ред и контрол в здравеопазването, според други това е довело до излишни разходи, а трети са негативно настроени, тъй като считат, че това засяга личното им пространство.

На 28.03.2017 г. Върховният административен съд на Република България отмени пръстовия отпечатък, който е бил въведен като метод за регистрация в болниците. Решението е окончателно и не подлежи на обжалване. Съдът излиза със становище за прекратяване на действието на въпросната система още през ноември 2016 г., но тогава Здравното министерство, Здравната каса и Министерският съвет го обжалват. Пръстовият идентификатор е атакуван в съда от Центъра за защита на правата в здравеопазването, Федерацията „Български пациентски форум“ и Сдружението на частните болници.

От тези реакции е видно, че в България е необходимо е да се изучат и разберат проблемите на процесите на здравни реформи в нашата страна и да се изведат съответните поуки. Прилагането на такъв подход на разбиране на тези процеси би могло доведе до разработването на стратегии за популяризиране, маркетингови реформи или до идентифициране на начините, по които правителството може да предвиди и планира резултата от тях.

Това е мотивацията за разработване на предлагания дисертационен труд. До този момент в България не е направено подобно актуално изследване на системата на пръстова идентификация, внедрена в болничния сектор в здравеопазването.

Изследван е задълбочено международният опит при използването на подобни системи.

Посредством създадена и проведена от нас анкета са проучени нагласите на медицинската общност и на пациентите относно това нововъведение в болничния сектор в България.

Изследвано е приложението на електронна здравна карта в страни от ЕС и перспективите за внедряването ѝ в България.

Очертани са специфичните характеристики на реформите в здравеопазването и е изготвен на алгоритъм за приложение на реформи в здравеопазването в България.

Проведено е анкетно проучване сред здравни експерти за изследване на отношението им към предлагания алгоритъм за внедряване на реформи в здравеопазването.

Считаме, че с този научноизследователски труд ще се допринесе за по-задълбочения анализ на специфичните особености при приложението на реформи в системата на здравеопазването в България и за предприемането на оптимални стъпки от страна на оторизираните органи.

МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

Работна хипотеза

Допуска се, че в резултат на прилагането на системата за пръстова идентификация контролът е станал по-ефективен и състоянието на здравеопазната система в България се е подобрило.

Целта е получаването на достоверна информация за актуалното състояние на здравеопазната система и особено в болничната медицинска помощ в периода на прилагане на СПИ.

Цел и задачи

Целта на настоящия дисертационен труд е да изследва и анализира системата на пръстова идентификация, приложена в болничния сектор в България, чрез установяване на нейните специфични характеристики, проучване на мнението на пациентите, медицинските специалисти, здравни експерти и изготвяне на алгоритъм за приложението на реформи в здравеопазването.

За реализирането на тази цел са поставени следните **задачи:**

1. Проучване на мненията на медицински специалисти, работещи в болничната помощ на здравеопазната система в България, относно въведената система за пръстова идентификация.

2. Проучване на мненията на пациенти относно системата за пръстова идентификация.

3. Изследване на приложението на електронна здравна карта в страни от ЕС и перспективите за внедряването ѝ в България.

4. Очертаване на специфичните характеристики на реформите в системата на здравеопазването и изготвяне на алгоритъм за приложението им.

5. Провеждане на анкетно проучване сред здравни експерти за изследване на отношението им към предлагания алгоритъм за внедряване на реформи в здравеопазването.

Обектът на изследване е прилагането на реформи в сферата на здравеопазването в глобален аспект и в частност в България, а предмет на изследването е конкретно системата на пръстова идентификация, въведена в болничния сектор в България от 1 октомври 2016 г. до 28 март 2017 г.

Социологически методи

По отношение на методологията в дисертационния труд са приложени следните социологически методи на изследване:

2.1.1. Анкетен метод

За събиране на информация за мненията на медицинските специалисти и на пациентите относно СПИ са изготвени и специално създадени за целите на изследването анкетни карти (въпросници) [Приложение 1 и Приложение 2].

С мотива за по-голяма репрезентативност анкетата е проведена в различни териториални области на страната и обхваща и държавни, и частни болнични лечебни заведения.

От гледна точка на статистическата обработка и анализа на информацията от изключително значение е видът на използваните въпроси в една анкетна карта. В нашия случай въпросниците съдържат затворени въпроси, което означава, че е необходимо анкетираният да избира измежду няколко предварително формулирани отговора.

За по-висока степен на достоверност на събраната информация проучването е направено анонимно и респондентите (изследваните лица) са избрани на случаен принцип.

2.1.2. Документални методи

Извършено е систематизиране и анализиране на информацията от литературни и документални източници, имащи отношение към темата на дисертационния труд.

Проучена е политиката на ЕС и директивите на Европейската комисия в областта на електронното здравеопазване.

Направен е теоретико-критичен анализ на моделите на електронно здравеопазване в страните от ЕС, начините за достъп до медицински услуги

и е изследвана нормативната уредба в съответните европейски държави във връзка с това.

Изследвани са концепции за реформи в здравеопазването в международен план и е предложен алгоритъм за промени, съобразен със специфичните характеристики на общественото здраве в България.

2.1.3. Метод на експертната оценка

Посредством специално създадена анкетна карта е направена експертна оценка на предложения алгоритъм за реформи в здравеопазването. Дизайнът на картата дава възможност за изразяване, събиране и обработване на мненията на здравни експерти относно представения модел. [Приложение 3].

Статистически методи

Имайки предвид основната цел и задачите на изследването, както и вида и обема на данните, са приложени следните статистически методи:

1) Честотен анализ:

- Абсолютни честоти – броят на единиците в отделно взета група;
- Относителни честоти – броят на единиците в отделно взета група, отнесен към общия брой единици в съвкупността.

2) Вариационен анализ – обобщаващи статистически характеристики (средна аритметична /Mean/ и стандартно отклонение /SD/).

3) Графичен анализ – графично изобразяване на статистическите данни с цел онагледяване чрез таблици и фигури чрез програмата Microsoft Office пакет.

Софтуер: За статистическа обработка на данните от проучването е използван специализираният статистически пакет Statistical Package for Social Science – SPSS (статистически пакет за социални науки), версия 13.0, и Microsoft Excel 2013.

Източници на информация

Източници на информация са:

- мнения и оценки на изследваните лица – медицински специалисти и пациенти;
- всички публично достъпни документи, имащи отношение към системата за пръстова идентификация;
- мнения и оценки на здравни експерти.

Логическа единица на изследването

- медицински специалисти – лекари, медицински сестри, старши медицински сестри, акушерки и рехабилитатори;
- пациенти;
- здравни експерти – изследователи по икономика на здравеопазването.

Техническа единица на изследването

Изследванията са комплексни и обхващат:

- три болнични лечебни заведения на територията на България – в гр. София (Първа МБАЛ), в гр. Пловдив (МБАЛ "Света Каридад) и в гр. Кърджали (МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски" АД);
- ФОЗ при МУ-София и ФОЗ при МУ-Пловдив.

Обем на проучванията

Общият брой на респондентите за проучване на отношението към СПИ е 218, като 109 са медицинските специалисти и 109 са пациентите.

Общият брой на здравните експерти, взели участие в проучване по метода на експертната оценка, е 14, от които 9 са преподаватели във ФОЗ към МУ – София, и 5 са от ФОЗ към МУ – Пловдив.

Време на проучванията

Анкетното проучване за СПИ е осъществено във времевия период: от 1.12.2016 г. до 1.04.2017 г. включително, а изследването на здравните експерти е реализирано от март до юни 2019 г.

СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ

1. Резултати от проучване на мненията на медицински специалисти, работещи в болничната помощ и на пациентите, относно въведената система за пръстова идентификация

1.1 Лечебни заведения, където е проведено изследването

С цел постигане на по-голяма достоверност и обективност на получените резултати анкетното проучване е проведено в три болници в различни региони на България – гр. София, гр. Пловдив и гр. Кърджали. Една от болниците е частна, а две са държавни.

1.2. Брой на анкетираните лица

В изследването са участвали 218 респонденти, като броят на медицинските специалисти и на пациентите е еднакъв, т.е. по 109 лица от двете групи.

1.3. Възрастово-полова структура на анкетираните

а) Възраст

Средната възраст на анкетираните медицински специалисти е 46,5±11,2 години, анкетираните мъже са на средна възраст 55,2±9,0 години, а жените 44,9±4,8 години (табл. 1).

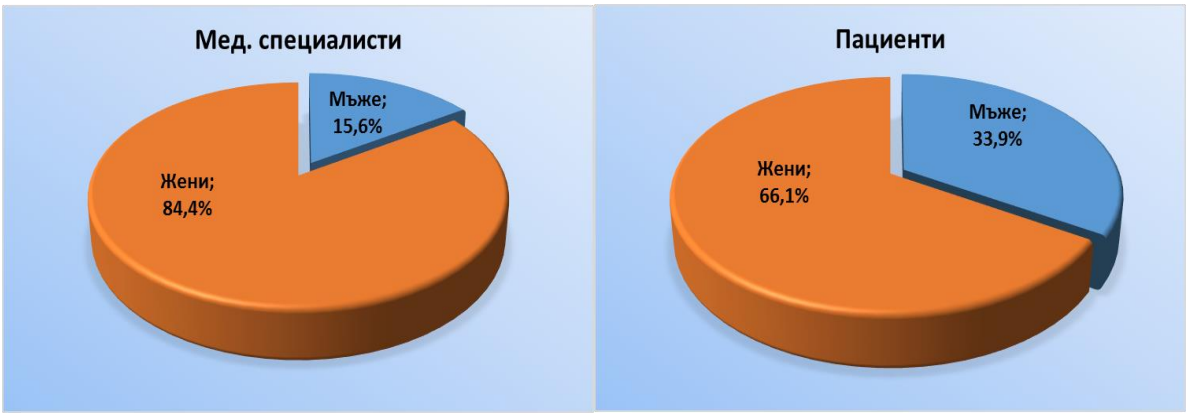
Таблица 1. Възраст и пол на респондентите

Анкетирани	**Пол**	**Брой**	**%**	**Възраст**			
				Mean	**SD**	**Min**	**Max**
Мед. специалисти	Мъже	17	15,6	55,2	9,0	39,0	68,0
	Жени	92	84,4	44,9	10,8	22,0	69,0
	Общо	**109**	**100,0**	**46,5**	**11,2**	**22,0**	**69,0**
Пациенти	Мъже	37	33,9	51,1	13,8	26,0	78,0
	Жени	72	66,1	46,7	15,7	17,0	79,0
	Общо	**109**	**100,0**	**48,2**	**15,2**	**17,0**	**79,0**

б) Пол

По-голям брой от анкетираните медицински специалисти са жени – 84,4% (фиг. 6).

При анкетираните пациенти отново преобладават жените – 66,1%. Средната възраст на пациентите е 48,2±15,2 години. При мъжете тази възраст е 51,1±13,8, съответно при жените е 46,7±15,7 години (фиг. 1).



Фиг. 1. Разпределение на анкетираните по пол

1.4. Трудов стаж на медицинските специалисти

Средният трудов стаж на включените в проучването медицински специалисти е 22,2±11,0 години. При мъжете той е 27,5±8,2, а при жените 21,2±11,2 години (табл. 2).

Таблица 2. Трудов стаж на включените в проучването медицински специалисти

Пол	**Брой**	**Трудов стаж**			
		Mean	**SD**	**Min**	**Max**
Мъже	17	27,5	8,2	11,0	41,0
Жени	92	21,2	11,2	1,0	49,0
Общо	109	22,2	11,0	1,0	49,0

1.5. Разпределение на медицинските специалисти по длъжност

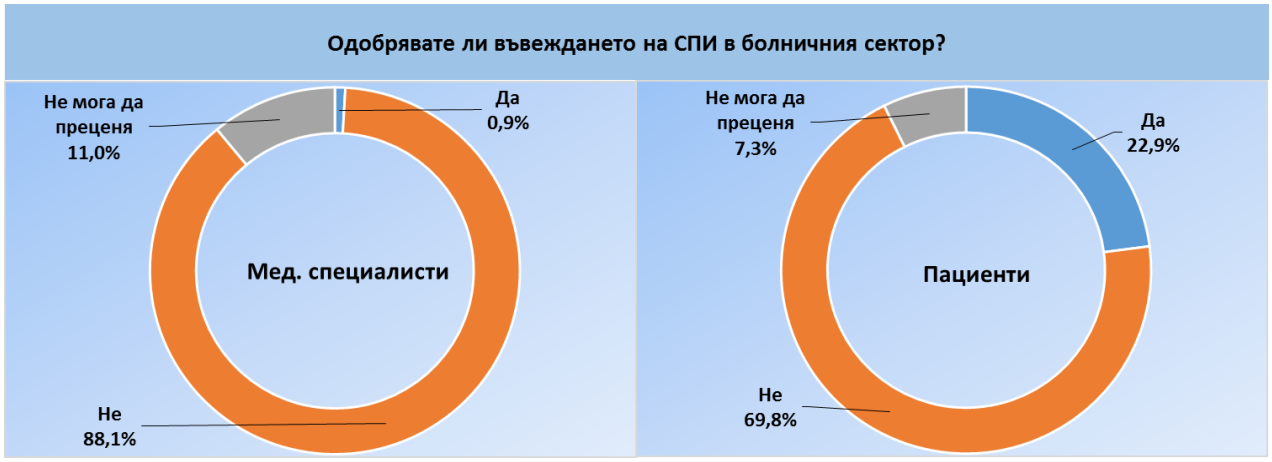
Около 60% от анкетираните медицински специалисти са медицинските сестри, 23,9% са лекари, старшите медицински сестри представляват 8,3% от анкетираните, 7,3% са акушерките и 0,9% са рехабилитатори (табл. 3).

Таблица 3. Разпределение на анкетираните медицинските специалисти по длъжност

Медицински специалист	Брой	%
Лекар	26	23,9
Мед. Сестра	65	59,6
Ст. мед. Сестра	9	8,3
Акушерка	8	7,3
Рехабилитатор	1	0,9
Общо	109	100,0

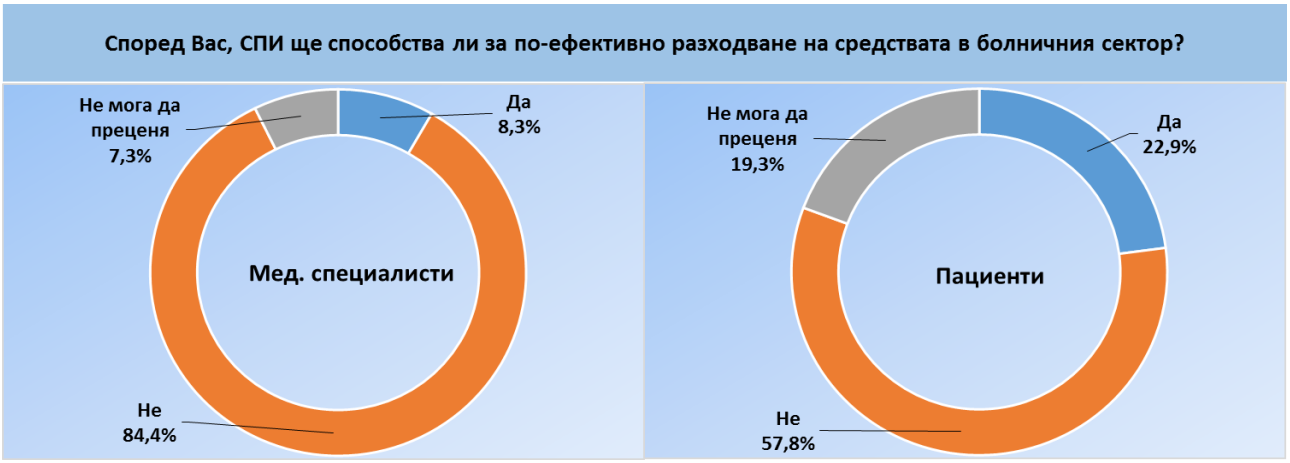
1.6. Общо разпределение на резултати от посочените отговори

По въпрос №1 от анкетата 88,1% от анкетираните медицински специалисти не одобряват въвеждането на СПИ в болничния сектор, други 11% не могат да преценят и одобрението е само от 0,9%. При пациентите 22,9% одобряват въвеждането на СПИ, а неодобрение посочват 69,7% от анкетираните, 7,3% не могат да преценят (фиг. 2).



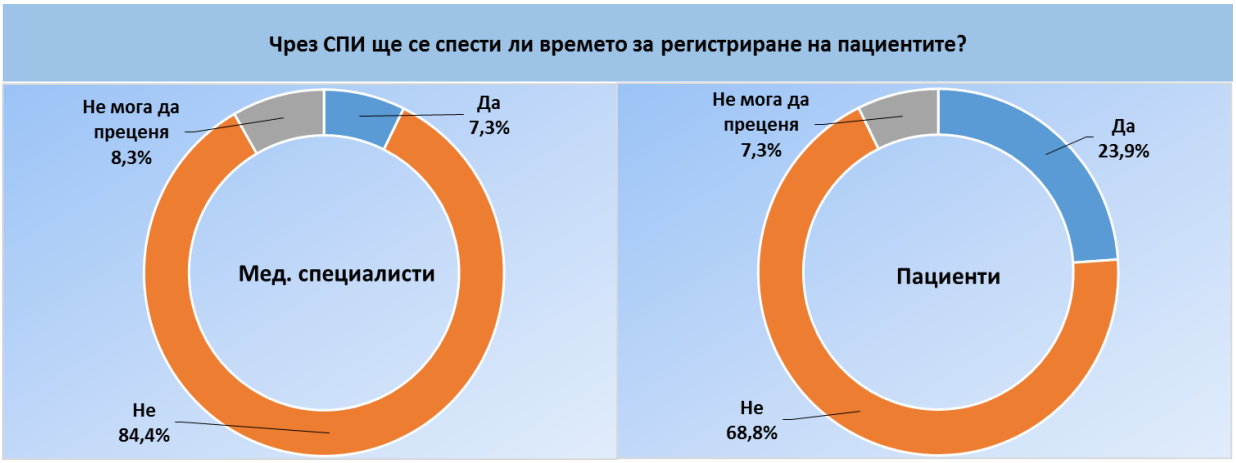
Фиг. 2. Разпределение на отговорите относно одобрението за въвеждане на СПИ в болничния сектор

Около 85% от анкетираните медицински специалисти смятат, че СПИ няма да повлияе за по-ефективното разходване на финансовия ресурс в болничния сектор. Само 8,3% дават положителен отговор на този въпрос, 7,3% са без мнение. При анкетираните пациенти 57,8% са на мнение, че СПИ няма да повлияе за по-ефективно разходване на финансовия ресурс, с „да“ отговарят 22,9% и 19,3% са без мнение (фиг. 3).



Фиг. 3. Разпределение на отговорите относно влиянието на СПИ върху ефективното разходване на разходите в болничния сектор

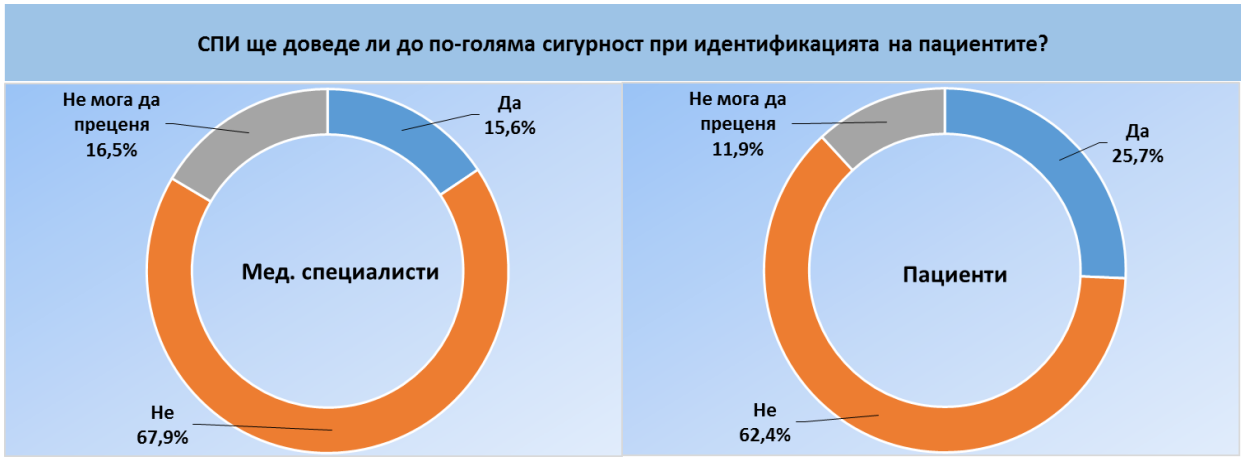
Основната част от медицинските специалисти (84,4%) смятат, че СПИ няма да спести времето за регистрация, само 7,3% смятат обратното, а 8,3% не могат да преценят. При пациентите 68,8% са на мнение, че СПИ няма да спести времето за регистрация, 23,9% отговарят, че СПИ ще доведе до намаляване на времето за регистрация и 7,3% са без мнение (фиг. 4).



Фиг. 4. Разпределение на отговорите относно влиянието на СПИ върху времето за регистрация

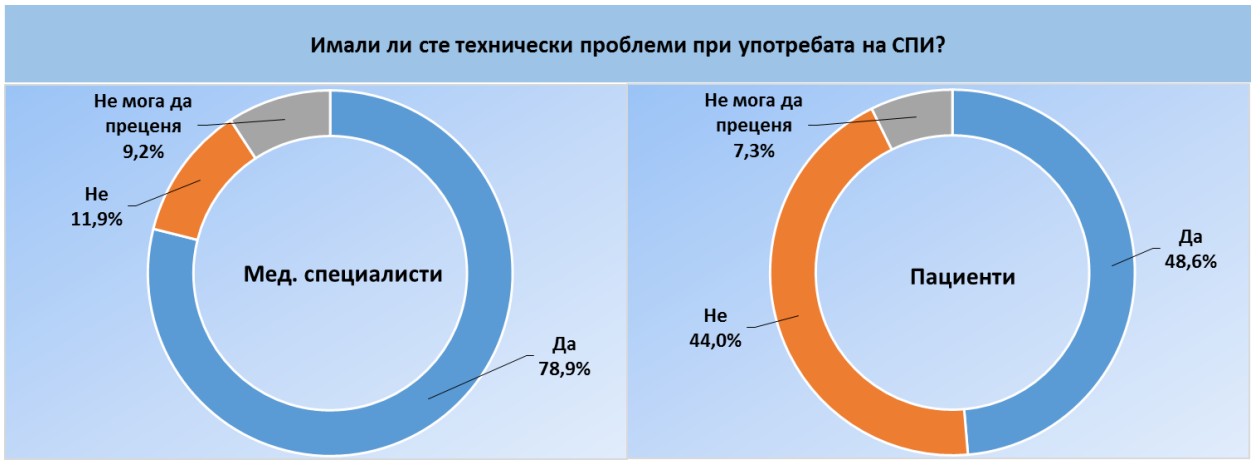
Около 68% от анкетираните медицински специалисти смятат, че СПИ няма да доведе да по-голяма сигурност при идентификация на пациентите, а 15,6% дават положителен отговор на този въпрос, 16,5% са без мнение. При анкетираните пациенти 62,4% са на мнение, че СПИ няма да повиши

сигурността при идентификация на пациентите, с „да“ отговарят 25,7% и 11,9% са без мнение (фиг. 5.).



Фиг. 5. Разпределение на отговорите относно влиянието на СПИ върху сигурността при идентификация на пациентите

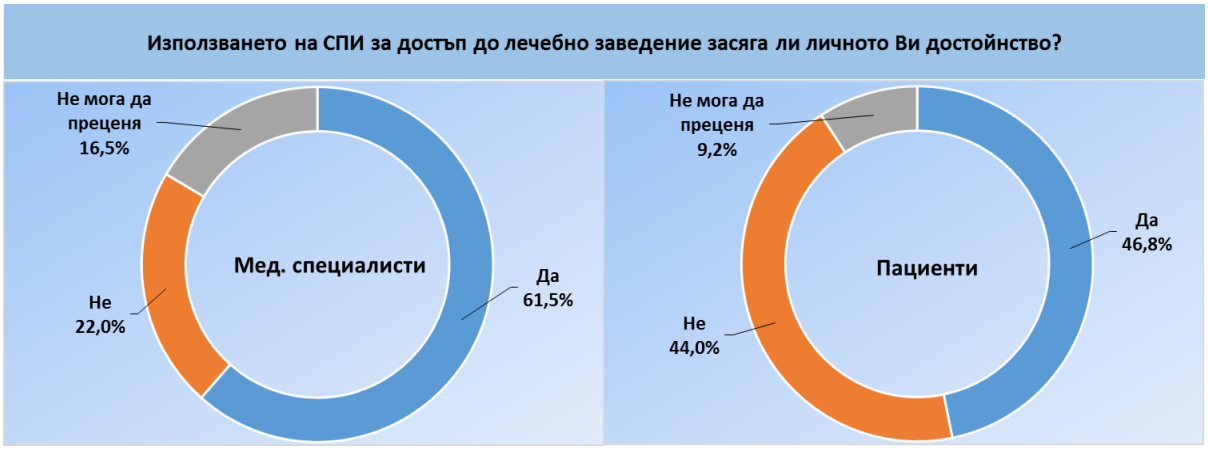
Основната част от медицинските специалисти (78,9%) отговарят, че са имали технически проблеми със СПИ, само 11,9% не са имали подобни проблеми и 9,2% са без мнение. При пациентите се наблюдава почти еднакъв дял на тези, които са имали технически проблеми (48,6%), и пациенти, които не са се сблъсквали с подобен проблем (44,0%), а 7,3% са без мнение (фиг. 6).



Фиг. 6. Разпределение на отговорите относно технически проблеми със СПИ

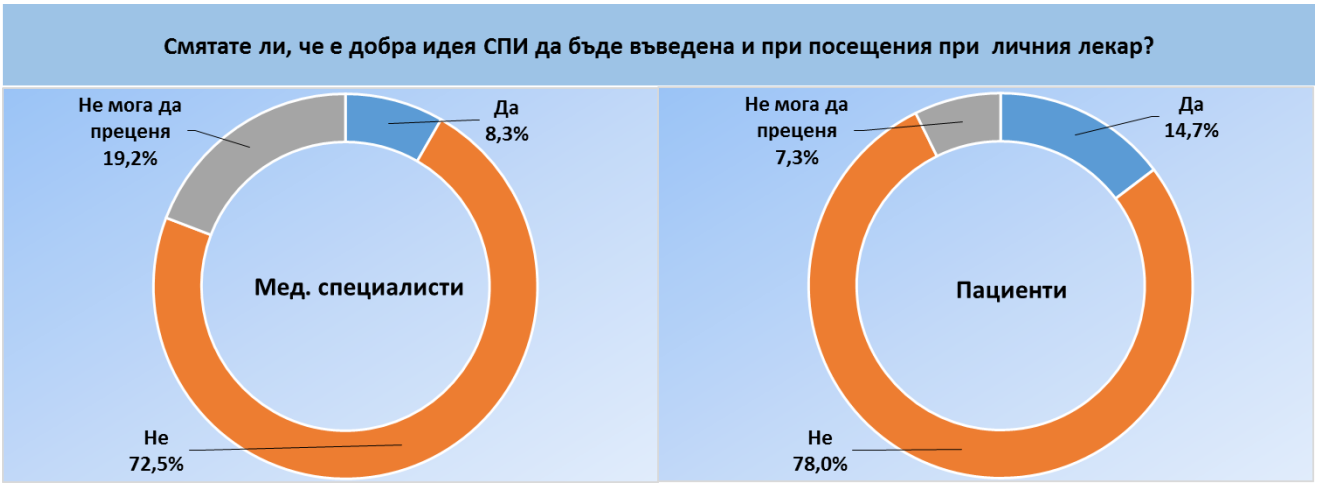
Около 62% от анкетираните медицински специалисти считат, че СПИ засяга личното им достойнство, 22,0% отговарят отрицателно на този въпрос, а 16,5% са без мнение. При анкетираните пациенти 46,8% дават

положителен отговор – че СПИ засяга личното им достойнство, почти толкова (44,0%) дават отрицателен отговор и 9,2% са без мнение (фиг. 7).



Фиг. 7. Разпределение на отговорите относно влиянието на СПИ върху личното достойнство

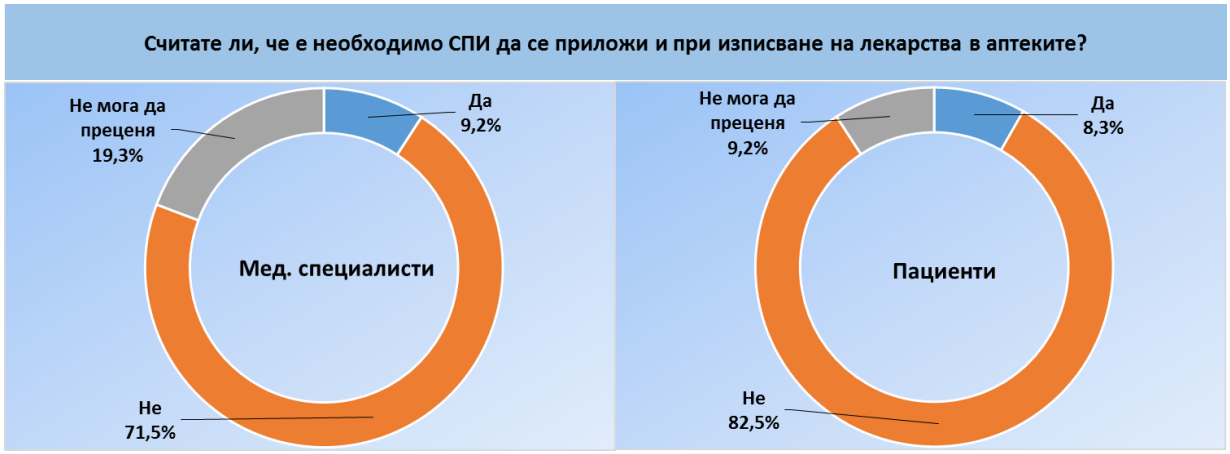
Мнозинството от медицинските специалисти (72,5%) смятат, че не е добра идея СПИ да бъде въведена при посещението при личен лекар, 8,3% са на противоположното мнение и 19,2% не могат да преценят. При отговорите на пациентите се наблюдава подобна ситуация: 78,0% смятат, че това не е добре, а 14,7% поддържат тази идея и 7,3% са без мнение (фиг. 8).



Фиг. 8. Разпределение на отговорите относно въвеждането на СПИ при посещението при личен лекар

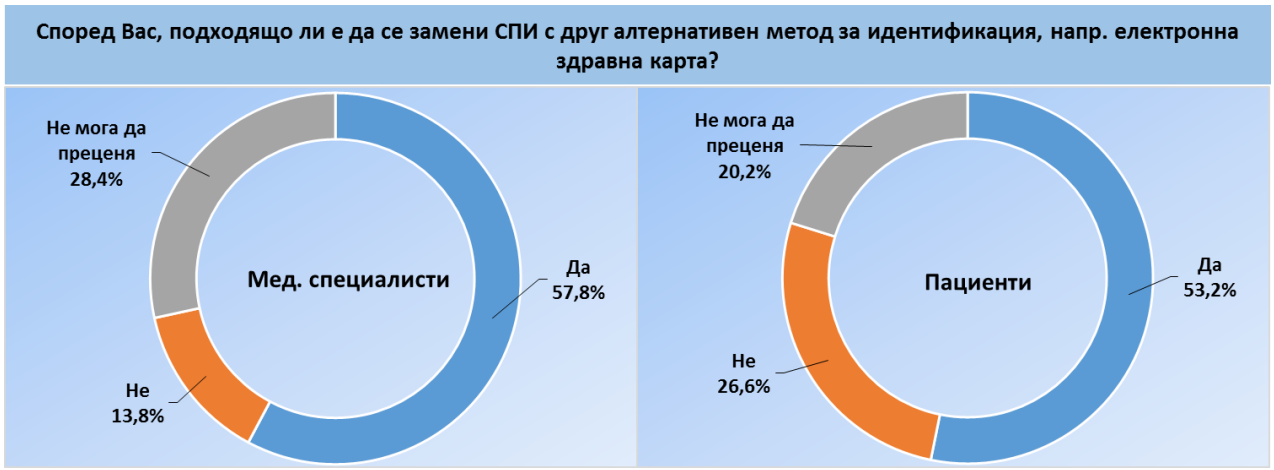
Основната част от медицинските специалисти (71,5%) не са съгласни СПИ да се прилага при изписване на лекарства, „за“ тази идея са 9,2% и 19,3% са без мнение. При пациентите разпределението е подобно: 82,5% не

са съгласни, 8,3% считат, че е необходимо прилагането на СПИ при изписване на лекарства и 9,2% не могат да преценят (фиг. 9).



Фиг. 9. Разпределение на отговорите относно приложението на СПИ при изписване на лекарства

Около 58% от медицинските специалисти смятат, че е подходящо да се замени СПИ с електронна здравна карта, 13,8% са на противоположното мнение и сравнително голяма част (28,4%) не могат да преценят. При пациентите 53,2% са за въвеждане на електронна здравна карта на мястото на СПИ, а 26,6% не поддържат тази идея и 20,2% са без мнение (фиг. 10).



Фиг. 10. Разпределение на отговорите относно смяна на СПИ с електронна здравна карта

Резултатите от направената анкета показват, че въвеждането на системата на пръстова идентификация в болничния сектор среща категорично неодобрение сред медицинските специалисти (88,1% от

изследваните), а също така и сред пациентите (69,7%). Мнението и на двете изследвани групи е, че СПИ не повлиява по-ефективното разходване на финансовия ресурс в болниците, нито спестява време при регистрацията на пациентите. Медицинските специалисти и пациентите считат, че СПИ в някаква степен уронва личното достойнство и създава сериозни трудности при техническото изпълнение на пръстовата идентификация. Преобладаващата част от медицинските специалисти и значителна част от пациентите смятат, че е по-подходящо замяната на СПИ с електронна здравна карта, каквито са препоръките на Европейската комисия и каквато е практиката в редица страни от ЕС.

2. Резултати от проучване на приложението на електронна здравна карта в страни от ЕС и перспективите за внедряването ѝ в България

В рамките на Европейския съюз използването на технологии за модернизиране на системата на здравеопазване и дейността по предоставяне на медицински услуги, както и по подобряване на качеството на услугите в полза на пациентите, е дейност, попадаща в компетентността на Генерална дирекция „Здравеопазване“. Електронното здравеопазване е една от възможните мерки за подобряване както на личното, така и на общественото здраве. [Джафер, Н. Проблеми при регламентацията на достъпа и защитата на лични данни при електронното здравно досие – европейски опит. – В: Социална политика, 2018, №1, с. 30-32.]. Сърцевината на електронното здравеопазване представлява електронната здравна карта, електронното досие на пациента и електронната рецепта.

Министрите на здравеопазването на страните – членки на Европейския съюз, на Лисабонската среща на Европейския съвет през март 2000 г. се обединиха около разбирането, че електронното здравеопазване е важен компонент на информационното общество и то беше изведено като един от основните приоритети в европейските планове за развитие. Инициативата на Европейската комисия „i2010“ отделя значително място за въвеждането на електронни здравни карти и единна информационна система като основна и неделима част от съвременното модерно

здравеопазване. Още тогава се формулират три основни цели, които трябва да бъдат постигнати в полза на гражданите и на Европейския съюз като цяло:

- Разработване на електронни здравни карти;
- Предоставяне на здравни услуги онлайн;
- Изграждане на европейски информационни мрежи в областта на здравеопазването (за обмен на здравна информация между страните).

За изграждането и развитието на електронното и мобилното здравеопазване в рамките на Общността са приети актове, насърчаващи сътрудничеството и обмена на данни между държавите – членки на Съюза. Европейският съюз (ЕС) насърчава разработването на правно необвързващи мерки, които осигуряват на държавите членки допълнителни инструменти за улесняване на по-голямата оперативна съвместимост на информационни и комуникационни технологии (ИКТ) и системи в областта на здравното обслужване и за подпомагане на достъпа на пациентите до приложения за електронно здравеопазване.

Според политиката на Европейската комисия в областта на общественото здраве, понятието електронното здравеопазване представлява:

- инструменти и услуги, използващи информационни и комуникационни технологии, които могат да подобрят профилактиката, диагнозите, лечения, надзора и управлението;
- може да бъде от полза за всички чрез подобряване на достъпа до лечение и качеството на обслужването и чрез повишаване на ефективността на здравния сектор;
- включва обмен на информация и данни между пациентите и доставчиците на здравни услуги, болниците, специалистите и мрежите за здравна информация; електронни здравни досиета; телемедицински услуги; преносими уреди за наблюдение на състоянието на пациентите, софтуер за определяне на работния график на операционните зали, роботизирана хирургия и теоретични изследвания на тема „виртуален физиологичен човек“.

Целите на ЕС, касаещи електронното здравеопазване, са:

- подобряване на здравето на гражданите чрез предоставяне на животоспасяваща информация – дори в други държави, когато това е необходимо – чрез инструменти на електронното здравеопазване;
- подобряване на качеството на здравното обслужване и достъпа до него чрез включване на електронното здравеопазване в здравната политика и координиране на политическите, финансовите и техническите стратегии на страните от ЕС;
- подобряване на ефективността, разпространението и леснотата на използване на инструментите на електронното здравеопазване чрез въвличане на специалисти и пациенти в изготвянето и прилагането на стратегии.

За осъществяването на целите е приета и съответна директива за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване.

В съответствие с член 14 от Директива 2011/24/ЕС на доброволна основа е създадена мрежа от национални органи, отговорни за електронното здравеопазване. Мрежата за електронно здравеопазване има за цел да се подобри оперативната съвместимост между електронните системи за здравеопазване и непрекъснатостта на грижите и да се гарантира достъпът до безопасно и качествено здравно обслужване. [Европейска комисия, Обществено здраве, Електронно здравеопазване- https://ec.europa.eu/health/ehealth/policy_bg; Джафер, Н. Публично-частни партньорства и участие на неправителствения сектор в управлението на електронното здравеопазване – европейският опит. – В: Здравна политика и мениджмънт, XVIII, 2018, бр. 3, с. 32-33.]

В **България** в съответствие с политиката на ЕС в тази област е създадена и приета дългосрочна стратегия относно стъпките, необходими за внедряване на електронното здравеопазване още през далечната 2005 г. [Стратегия за внедряване на електронно здравеопазване в България 2007-2012 г. Stategia-LAST-2006.pdf]. Това означава, че вече 14 години

държавните ръководства бележат провал при реализирането на проектите, които са заложени в стратегията за електронното здравеопазване, напр. проекта за внедряване на електронна здравна карта.

Електронното здравеопазване е бързоразвиваща се област, в която си взаимодействат медицинската информатика, общественото здравеопазване, предлагането на здравни услуги и информация чрез използване на съвременни информационни и комуникационни технологии. То характеризира не само технологичното развитие, но и подхода към глобално мислене за подобряване на здравните услуги на местно, регионално и глобално ниво.

Мерките за реализация на оперативните цели на електронното здравеопазване в България са в следните основни области:

1. Изграждане на интегрирана информационна система за обмен на информация между заетите в сферата на здравеопазването (между лечебни, учебни, научни, финансови и административни звена);

2. Внедряване на електронни здравни карти;

3. Внедряване на софтуерни приложения за комплексно обработване на информацията в реално време, в това число: електронни направления, електронни рецепти, бланки за лабораторни данни и други изследвания;

4. Изграждане на комплексни и интегрирани помежду си, както и с външни приложения, болнични информационни системи;

5. Създаване на пълно електронно медицинско пациентско досие – съвкупност от хоризонтална колекция от електронна здравна информация, касаеща здравето или здравните грижи за гражданина;

6. Осигуряване на моментален електронен достъп до информация за лице или популация, от оторизирани за това потребители;

7. Осигуряване на сведения и поддръжка при вземане на решения с оглед подобряване на качеството, безопасността и ефективността на грижата за пациента;

8. Изграждане на необходимата инфраструктура за нормално функциониране на системата на здравеопазването – мрежи, свързващи устройства и др.;

9. Изграждане на подходяща база за развиване на телемедицински проекти.

В повечето страни от Европейския съюз в областта на здравеопазването се използва т.нар. електронна здравна карта, електронно здравно досие и електронна рецепта.

Една от новите цели на ЕК в областта на електронното здравеопазване е осигуряване на сигурен трансграничен достъп до здравните досиета на гражданите във всички държави членки. По-конкретно неговата цел е създаването на европейски формат, който дава възможност за **трансграничен обмен на електронни здравни досиета** по сигурен начин, като същевременно се спазват правилата за защита на данните.

Възможността за споделяне на здравни досиета през граница ще помогне на гражданите да получават по-добри здравни грижи, където и да се намират в Европейския съюз. Благодарение на този обмен може да се осигури достъп до важна медицинска история за дадено лице в случай на инцидент или при необходимост от спешни здравни грижи в чужбина по друга причина. След завръщането на лицето у дома информацията за проведеното в чужбина лечение може да бъде записана в здравното му досие.

Обменът на здравни досиета ще бъде от съществена полза и за здравните системи, тъй като благодарение на него ще бъде възможен достъпът до последните лабораторни или радиологични изследвания на пациента. По този начин дадена болница в друга държава членка може да избегне повторното извършване на такива изследвания, което ще спести време на пациента и разходи на болницата. Това би могло да повиши ефективността и устойчивостта на системите за здравеопазване.

Нормативна уредба на голяма част от държавите в ЕС урежда въпросите, свързани с електронното здравеопазване, чрез отделен закон – в **Австрия, Дания, Франция, Швеция, Естония, Германия**, като в последната са предпочели да поместят уредбата и в кодекс, докато в

Испания не е създадена централизирана нормативна уредба на електронното здравеопазване, а в някои области това е направено частично чрез декрети. Във Франция е възприето понятието „E-santé" – „електронно здравеопазване" – това са всички интернет дейности, услуги и системи, свързани със здравето, провеждани дистанционно, които се прилагат с цел подобряване на здравето на пациента. В **Австрия** всички дейности, свързани с електронното здравеопазване, са обединени под термина ЕЛГА (ELGA - elektronische Gesundheitsakte). Обобщено понятието за „електронно здравеопазване" (вкл. и понятието „електронно досие") представлява информационна система, която позволява на пациентите и на всички доставчици на здравни услуги да получат дистанционен достъп до здравни данни, болници, лекари на частна практика, аптеки или здравни заведения. В правото на ЕС под „електронно здравеопазване" се разбира използване на съвременни информационни и комуникационни технологии за нуждите на гражданите, пациентите и изпълнителите на здравни услуги. Публикуваният от Министерството на здравеопазването на **Испания** Качествен план за Национална здравна система, чието изпълнение започва през 2006 г., набелязва определени направления, едно от които е разширяване на използването на информационни технологии от личните лекари. През 2010 г. последва втори план за напредък, част от който съставлява програмата „Здравеопазване on line". В него се предвижда внедряване на компютри и други технически средства като сървъри, диагностична техника, принтери и др. за медицински и административни цели. Основните задачи, които си поставя програмата, могат да се обобщят в четири точки: да се гарантира идентификацията на всички граждани на Испания посредством здравноосигурителна карта и функционирането на защитена база данни на населението в националното здравеопазване; да се въведе електронно здравно досие, съдържащо клинична информация, с възможност за обмен на данни между медицинските специалисти и службите за социални услуги в различните автономни области на страната; да нарасне броят на електронните рецепти в националната здравна система и да се предлагат интерактивни услуги между граждани и здравни специалисти посредством уеб портали, телемедицина и телеобразование в

рамките на националното здравеопазване. Въпреки че няма легална дефиниция за „електронно здравеопазване“, законодателят на **Естония** в The Health Services Organization Act е регламентирал понятието „здравна информационна система“ – база данни, принадлежаща на Държавната информационна система, която обединява и обработва медицински данни, гарантирайки качество на здравните услуги, защита на правата на пациента и опазване на общественото здраве. [Народно събрание на Република България – законодателни проучвания. http://www.parliament.bg/students/index.php?action=displays&id=309]

С легална дефиниция на понятието „електронно досие“ си служат законодателствата на **Австрия** и **Испания** (на регионално ниво), докато в **Дания, Франция, Германия, Великобритания, Естония и Швеция** такава липсва. В **Германия** съществува електронна здравноосигурителна карта, а в Дания – електронен здравен портал Sundhed.dk. Чл. 2, т. 6 на Закона за здравната телематика на **Австрия** определя „електронното досие“ като информационна система, даваща възможност на доставчици на здравни услуги и на граждани, предоставили здравните си данни в електронна форма, за дистанционен достъп до данните от системата. Министерството на социалната политика и здравеопазването на **Франция** го дефинира като електронно медицинско досие, което е защитено, и съдържа данни, до които само пациентът и здравните специалисти имат достъп. Както е посочено по-горе, законодателството на **Естония** не урежда легално понятието „електронно досие“, но в параграф 4 от Health Services Organization Act (Закона за организацията на здравните услуги, в сила от 2001 г.) е предвидено, че в регистъра за предоставяне на здравни услуги се съдържа информация относно задължителното поддържане на база данни за предоставяне на здравни услуги. Съгласно алинея първа от параграф 4 на доставчиците на здравни услуги се разрешава да създават документи, доказващи извършени здравни услуги, както и запазването им в дигитална форма.

Съдържанието на електронното досие в **Австрия** се състои от болнични листове, издадени от съответния компетентен орган; резултати от лабораторни изследвания; резултати от рентгеноложки изследвания; данни

за предписано медикаментозно лечение и медикаменти. Считано от 1.01.2017 г. към системата ELGA се предвижда да се добавят и следните документи: завещания, адвокатски пълномощни и медицински регистър. Електронната здравноосигурителна карта в **Германия** съдържа заедно с подписа и снимката на застрахования, в подходяща за механично прехвърляне форма върху предвидените за договореното медицинско обслужване документи и фактури, информация за наименование на издаващата застраховката асоциация, включително идентификатор за асоциацията на лекарите, в чийто район пребивава членът; адрес; дата на раждане; пол; здравноосигурителен номер; собствено име и фамилно име на застрахования; осигурителен статус в криптиран вид; статус, съвместно плащане; дата на започване на здравното осигуряване; датата, на която изтича осигуряването. Електронната здравноосигурителна карта трябва да предвижда възможност за получаване на информация и за предаване на медицински рецепти в електронна и машинно-използваема форма, както и потвърждение на правото за получаване на здравни услуги в държава – членка на Европейския съюз, страна от Европейската икономическа зона или Швейцария. Освен това, здравната карта трябва да бъде в състояние да поддържа приложения, по-специално събирането, обработването и използването на медицински данни, ако те са необходими за спешна медицинска помощ, констатации, диагнози, препоръки за лечение, както и доклади от лечение в електронна и машинно-използваема форма за сътрудничество между няколко институции, свързани със определен лечебен случай (електронен медицински доклад); данни за проверка на безопасността на лекарствената терапия; информация за състоянието на пациента , диагнози, терапевтични мерки, данни за употреба на ваксини, всички упоменати в една изчерпателна пациентска документация (електронна пациентска карта); информация, предоставена от и за пациента; данните за неизползвани услуги и предварителни разходи за застрахования; декларация от осигурения за предоставянето на органи за дарение; бележки на осигурените, за наличието и мястото на съхранение на обяснения за дарение на орган и тъкани и др. Електронният здравен портал Sundhed.dk в **Дания** съдържа информация за медицинска история – заболявания,

диагнози, лечения, операции и др.; прегледи при личния лекар (GP); подновяване на рецепти; наблюдаване на приема на лекарства и развитие на лечението; наличие на алергии; достъп до лабораторни данни; проучване на списъци с чакащи за операция и рейтинги за качество на болниците; регистрация като донор на органи; пожизнено вписване на завещателни разпореждания; комуникация със здравните власти и др.

Действащата система във **Великобритания** се нарича „Обобщено електронно досие“ (“Summary Care Record“) и съдържа кратка информация за пациента. В английската система се съдържа следната информация за пациента: прием на лекарства (какви, период на прием); алергии, ако пациентът има такива, и алергични реакции към лекарства. Тази информация, съхранявана на едно място, дава бърза възможност за реакция от страна на медицинското лице в случай на спешна помощ или когато личният лекар на пациента не работи. Във **Франция** изисквания относно съдържанието на електронното досие са да има следната информация за пациента: медицинска история – заболявания, операции и т.н.; възможни алергии; лекарства, които взема, и рецепти към тях; направления за хоспитализация и консултации; резултати от изследвания, биологични анализи и т.н.; епикризи; рентгенови снимки. Шведската система за електронно досие се нарича и на шведски се обозначава с инициалите NPÖ (на англ. national patient summary). Тя функционира от 2008-а година. Всяко електронно досие съдържа в себе си индивидуална информация за пациента във връзка със текущите здравни грижи, хронични болести, алергии, резултати от медицински прегледи. В досието има раздел, в който се съхранява информация за предписаните лекарства на лицето за срок от 15 седмици. Електронното досие в **Естония** съдържа: болнични листове, резултати от лабораторни и рентгеноложки изследвания.

От 1 септември 2015 г. здравноосигурените лица в **Румъния** имат право на медицински услуги само при наличието на електронна здравна карта. Спешни медицински услуги ще могат да бъдат получавани и без да е необходимо валидиране с картата, защото те се полагат както за здравноосигурените, така и за хората без осигуровки. Въвеждането на електронна здравна карта е най-големият проект в страната след 1989 г. и

основната му цел е да спре злоупотребите и източването на здравната система.

3. Проучване на специфичните характеристики на реформите в здравеопазването и изготвяне на алгоритъм за приложение на реформи в здравеопазването

Здравната политика е част от общата политика на държавата. Тя се обуславя от ясно определени обществени цели, потребности и интереси – здраве и здравно благополучие за населението, и се определя като система на дългосрочни стабилни решения, свързани с опазване и възстановяване на здравето на населението, които са приемливи за всички социални групи, класи или партии и съответстват на поставените цели, средства и времеви рамки за осъществяването им. [Борисов, В. Стратегическият мениджмънт – дефицит на здравната реформа. – В: Здравен мениджмънт, V, 2005, №6, с. 3-5., ; Брант, Х. Европейската здравна политика – стратегии и реалности. – В: Здравен мениджмънт, 2007, №7, с. 68-76.; Воденичаров, Ц. Здравна политика, основана на доказателства. – В: Здравна политика и мениджмънт, 2009, с. 3-8.] Главен критерий за определяне на приоритетите са здравните потребности на населението в тяхната динамика. [Комитов, Г., Генев, Стр. Здравната политика и нейните стратегически приоритети в условията на продължаваща реформа. – В: Здравна политика и мениджмънт, 2008, №5, с. 98-103.]

Здравният мениджмънт е свързан с вземане на решения на базата на научнообоснован анализ за възможностите на организацията, при ефективно използване на ресурсите, в определено време и пространство, да предостави достатъчни по количество и качество здравни услуги, които да задоволят здравните потребности на гражданите и обществото. [Weilkiens, Tim et al. Basiswissen Geschäftsprozessmanagement. Heidelberg, dpunkt.verlag GmbH, 2010, S. 19-20. ISBN 978-3-89864-647-5].

Здравните реформи се въвеждат с цел подобряване на качеството на предлаганата медицинска помощ, ефективно оползотворяване на финансовите средства, отпускани от държавата, и справедливо

възнаграждение на медицинските работници. Това подобрява значително качеството на предлаганите от здравните заведения медицински услуги. [Петрова, Зл. Очаквания и реалности за качеството на болничната помощ през погледа на пациенти и лекари в условията на здравно осигуряване. – В: Етиката на българското здравеопазване. Състав. Е. Маринова, С. Попова. София, 2007, с. 175-195.; Петрова, Зл., Чамов, К., Гладилов, Ст. Качеството в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. Health media group, 2008.]

Здравеопазните системи в глобален мащаб са в процес на значителни стратегически промени, които са в съответствие с динамичните процеси. Няма държава, която да не декларира потребността от промяна и да не търси форми, подходи и способи за усъвършенстване на изградената си здравна система. Критичният анализ на миналите резултати най-добре аргументира тенденциите в развитието на обществото. [Cassels, A., Janovsky, K. Better health in developing countries: Are sector-wide approaches the way of the future? – In: The Lancet, Vol. 352, 1998, p. 1777-1779.; Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research 2000. Geneva, 2000.]

Реформата на здравния сектор е устойчив процес на фундаментална промяна в политиките и институционалните договорености на здравния сектор, обикновено ръководен от правителството. Процесът определя набор от политически мерки, обхващащи четирите основни функции на здравната система, а именно: управление, осигуряване, финансиране и генериране на ресурси. Тя е насочена към подобряване на функционирането и работата на здравния сектор и в крайна сметка – на здравния статус на населението. Реформата в здравния сектор се занимава с въпросите за справедливост, ефективност, качество, финансиране и устойчивост при предоставянето на здравни грижи, а също и при определяне на приоритетите, усъвършенстване на политиките и реформиране на институциите, чрез които се осъществяват здравните политики. Задоволяването на основните здравни потребности на хората винаги е била цел на всички държавни ръководители. [Health sector reform – Issues and Opportunities; 18th Meeting of Ministers of Health, Kathmandu, Nepal, 23-25 August 2000; WHO/Regional office for South-East Asia.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127574/1/WP_HlthSecRefm_Final%20Version.pdf]

Някои от приоритетни дейности за реформиране са:

- дейности по осигуряване на основни здравни грижи за всички;
- акцентиране върху значими заболявания, причиняващи висока заболеваемост, смъртност и инвалидност;
- стимулиране на нови научни знания и прилагането им;
- засилване на участието на общността.

Реформите в здравния сектор най-често имат универсалната цел да се гарантират солидарност и социална справедливост. Бързите политически и социално-икономически промени, както и демографските и епидемиологичните предизвикателства допълнително ускоряват необходимостта от периодични реформи за адекватно адаптиране на здравните системи към изменящата се ситуация. [Mills, A. Decentralization concepts and review. – In: Mill, A. et al. Health System Decentralization Concepts, Issues and Country Experience. Geneva, World Health Organization, 1990.; WHO. Primary Health Care 21 "Everybody's Business": An international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata, Almaty, Kazakhstan, 27-28 November 1998. Geneva, World Health Organization, 2000 (Document WHO/EIP/OSD/00.7).]

Докато някои държави инициират фундаментални промени, други прилагат последователни и постепенни промени в политиката, организацията и управлението на здравните системи.

Всеизвестно е, че за да имат успех обаче, е необходимо държавните ръководители да проучат задълбочено кои са най-ефективните стратегии и здравнополитически решения за тяхната страна, съобразно специфичните ѝ характеристики. Важно е да се уточнят, също така, политическото и административното управление на процеса на реформата в здравния сектор и да се включат в този процес политиците, доставчиците на здравни услуги (медицинските професионалисти) и обществеността.

Важно е да се отбележи, че не съществува последователно приложим универсален пакет от мерки, който представлява реформа в здравния сектор. Процесът на реформа също протича с различна скорост в различните страни. Освен това при реформата в здравния сектор могат да се установят нови форми на взаимоотношения между компонентите на здравните системи, които да направят сложни промени и взаимодействия, както и с други социални сектори като образование, социална защита и др. [Roomer, M. I. National Health Systems of the World. Vol. 1. The Countries. New York, Oxford University Press, 1991-1993.; WHO. Investing in Health Research and Development: Report of the Ad Hoc Committee on Health Research relating to future intervention options. Geneva, World Health Organization, 1996 (Document TDR/GEN/96.1).]

През последните няколко десетилетия повечето от усилията за промени в здравеопазването се стимулират главно от желанието за подобряване на справедливостта и качеството на грижите, за разширяване на обхвата, за децентрализиране на управлението на здравеопазването, както и за ограничаване на разходите. Реформите понякога са силно политизирани и ожесточено оспорвани процеси. В някои страни реформите се усложняват значително поради наличието на широк кръг от договарящи се партньори, като понякога се намесват дори и външни (извън страната) фактори.

Въпреки че всеки опит за реформа е специфичен за страната и обикновено се основава на солидни доказателства, има важни поуки, които трябва да се извлекат от сравняването на варианти, идентифицирането на общи проблеми и използваните инструменти и оценката на ефектите на различни инициативи за реформи. [Moore, M. Public Sector Reform: Downsizing, Restructuring, Improving Performance. Forum on Health Sector Reform, Discussion Paper No.7. Geneva, World Health Organization, 1996 (Document WHO/ARA/96.2).; WHO-EURO. European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies – Summary. – In: Proceeding of the WHO Conference on European Health Care Reforms, held at Ljubljana, Slovenia, June 1996. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998. (Document EUR/ICP/CARE 01 02 01) Page 15-104).]

Повечето държави обикновено фокусират вниманието върху съдържанието на реформата, а не върху процеса. Този фокус върху съдържанието крие риск от приравняване на реформата в здравния сектор с един набор от предписания, напр. въвеждане на пазарни механизми; потребителски такси; създаване на съвместни органи за управление с ниска отговорност; намаляване на размера на публичния сектор; ограничаване на разходите и преразпределение на ресурсите. [Hilley, S. Biometrics: The right to identity or privacy invasion? – In: Computer Fraud & Security, 2007, Issue 11, November, p. 6-7.]

Така, фокусирайки се върху съдържанието, обикновено се игнорира въпросът за осъществимостта на промяната.

В световен мащаб една от най-честите са реформите в областта на общественото здраве, е тази за финансиране на здравеопазването. Реформите за финансиране на здравеопазването обикновено са инициирани, за да се осигурят справедлив достъп и ефикасни и ефективни здравни грижи на населението. [WHO. Health Sector Reform and Health Systems Research: Can the Reform Process be Evidenced-based? Background paper for WHO Conference on Achieving Evidenced-based Health Sector Reforms in Sub-Saharan Africa: Report of an Intercountry Meeting, Arusha, Tanzania, 20-23 November 1995. Geneva, World Health Organization, 1996 (Document WHO/SHS/HSR/96.1).; WHO-SEARO. Promotion of Research on Health Sector Reforms. Working Paper at the 22nd session of the South-East Asia Advisory Committee on Health Research, Dharan, Nepal, 22-26 April 1996. New Delhi; WHO Regional Office for South-East Asia. (Document SEA/ACHR/22/6).] Преди започването ѝ би трябвало да се прави внимателен анализ, за да се определи какви видове стратегии за финансиране трябва да бъдат приети, напр. мобилизиране на финансови ресурси в здравния сектор, извънздравния сектор или подобряване на използването на съществуващите ресурси. Трябва да се създаде подходяща комбинация от частни и публични механизми за здравеопазване и финансиране, така че двата сектора да се допълват взаимно, за да дадат най-добри резултати. Алтернативни реформи за финансиране на здравеопазването като схеми за възстановяване на разходите и поделяне на разходите, потребителски такси (такси,

финансиране от общността, здравни карти или ваучерни системи, схеми за субсидирани плащания, договаряне на услуги, схеми за социално осигуряване и частно застраховане и др.

От съществено значение е, че държавите се концентрират не само върху съдържанието на реформите във финансирането на здравеопазването, а и върху процесите, водещи до неуспех или забавяне на изпълнението.

Основният принцип на финансирането на реформите е, че средствата за здравеопазване (или за частни здравни грижи, или за превенция и промоция на здравето в общността) се набират от хората според способността им да плащат, а не според здравните нужди. Важно е обаче да се прилага принципът на солидарността и средствата да се изразходват според нуждите на здравето на пациента, а не според способността му за плащане.

Всеки има право да плаща равен дял от разполагаемия си доход. Финансирането на здравеопазната система зависи, обаче, не само от дела на разполагаемия доход, изразходван за здраве, но и от методите на финансиране – като общо данъчно облагане, застраховане или директни (кешови) плащания.

Справедливото финансиране се занимава с това дали средствата се събират чрез прогресивен механизъм за събиране и дали е предвидена защита от катастрофални здравни разходи. Въпреки че нивото на разходите за здравеопазване (като общите разходи за здравеопазване или разходите на глава от населението като процент от БВП) е важно, опитът на някои държави с висок и среден доход показва, че „повече“ невинаги е „по-добро“ или винаги е възможно. Това, което трябва да се има предвид, е доколко разходите за здраве са разпределени според здравните нужди. Ефектите от доброто харчене и използване според здравните потребности се отразяват в нивото на неравенството в здравеопазването. Много страни по света прилагат различни механизми за финансиране, включително подходи за защита на бедните граждани. [Antezana, F. S., German, V. Health Economics: Drugs and Health Sector Reform. Task Force on Health Economics Series. Geneva, World Health Organization, 1996. (Document WHO/TFHE/96.2)]

Често се въвеждат различни форми на потребителски такси в обществените здравни заведения, за да се облекчи тежестта на публичните разходи в болници и здравни центрове. Това (особено в развиващите се страни) допринася за по-голяма мотивираност на медицинските кадри и оттам – до по-висока ефективност на предлаганите медицински услуги.

Обикновено страните със среден и висок доход, чиято икономика може да поддържа по-голяма трудова заетост, се опитват да разширят обхвата на социалното си здравно осигуряване. Специфични договорености за застраховане, като задължително здравно осигуряване, доброволно здравно осигуряване и др., варират в различните страни, но в крайна сметка правителството трябва да осигури и базова здравна помощ за бедните и за лицата в неравностойно положение, т.е. да гарантира, че тези, които не могат да си позволят да финансират изцяло собствената си „застраховка“, са здравно защитени. [WHO. Health Policy and Systems Development: An agenda for research. Ed. by Katja Janovsky. Geneva, World Health Organization, 1996 (Document WHO/SHS/NHP/96.1).]

В индустриализираните страни като стратегия за финансиране на програми за реформи се използва и насърчаването на конкуренцията между доставчици на здравни грижи.

Друга стратегия е използването на държавни средства за закупуване на медицинско оборудване за държавните лечебни заведения – там, където съществуват, с цел увеличаване на тяхната производителност и ефективност. Така се счита, че те ще са по-конкурентоспособни на частния сектор, а освен това те много често изпълняват и социална фунция, напр. когато се намират в недостатъчно развити (неблагоприятни) райони.

Страните, където няма държавно здравеопазване, като цяло са насърчили или са в процес на насърчаване на усилията на частния сектор в здравеопазването. Това води до намаляване на участието на държавата в предоставянето на здравни услуги и изисква въвеждане на подходящи политики спрямо частния сектор и свеждане на дейностите на правителството до формулиране, наблюдение, координация и регулиране при предоставяните здравни услуги.

Това представлява практика, при която държавата, насърчавайки частния сектор в общественото здравеопазване, се отказва от предоставянето на здравни услуги и се съсредоточва само върху своята нормативна и регулаторна функция.

При разработването на политики и регулаторни механизми правителствата, особено министерствата на здравеопазването, трябва да бъдат активни при справянето с въпроси, които биха могли да засегнат по-уязвимите слоеве на населението. Най-големите здравни нужди са сред неравнопоставеното население. Максималното подобряване на здравословното състояние на тези групи е възможно само когато най-рентабилните здравни действия са насочени към тези, които са изложени на най-голям риск или са най-нуждаещите се. Въпреки че приоритет е оптималното разпределение на здравните ресурси, са необходими различни механизми и подходи, за да се гарантира споделянето както на последиците от заболяването, така и на финансовия риск.

В България е необходимо е да се изучат и разберат проблемите на здравните реформи в нашата страна и да се изведат съответните поуки. Прилагането на такъв подход на разбиране на тези процеси би могло доведе до разработването на стратегии за начините, по които правителството може да предвиди резултата от тях и да планира подходящи мерки. [Гладилов, Ст., Велева, Н. Търсене и предлагане в здравеопазването. Основни понятия и приложението им в условията на реформа на българското здравеопазване. – В: Здравен мениджмънт, V, 2005, №1, с. 32-36.; Горненски, П., Борисов, В. Устойчиво развитие – необходимата нова концепция за здравната реформа. – В: Медицински меридиани, 2010, №1, с. 49-52.; Здравната реформа в България. М-во на здравеопазването, ЕС, Програма ФАР. Сб. под ред. на М. Попов. София, 1997.]

Формирането на нова здравна политика е продиктувано от дълбоките обществено-политически, икономически и социални промени, настъпили в България.

Действия, предприети от българското правителство
(Национални програми):

- Национална програма за борба със ССЗ;
- Национална програма за развитие на инвазивната кардиология;
- Национална програма за превенция, лечение и рехабилитация на наркоманиите в Република България;
- Национална стратегия и работна програма за профилактичен онкологичен скрининг в Република България;
- Национална програма за психичноздравна реформа;
- Програма за профилактика на самоубийствата в Република България;
- Национална програма по тъканна трансплантация;
- Национална програма за костномозъчна трансплантация;
- Национална програма за профилактика, ранна диагностика и лечение на туберкулозата в Република България;
- Национална програма за профилактика на наследствените болести, предразположения и вродени аномалии;
- Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето;
- Национален план за действие „околна среда – здраве“;
- Национална програма за профилактика на СПИН и полово предавани болести;
- Национална програма за медицински стандарти.

Национални стратегии

- Национална здравна стратегия – 2001 г.;
- Концепция за реформа на болничната помощ – 2002 г.;
- Стратегия по безопасност на храните – 2000 г.;
- Национална лекарствена стратегия – 2004 г.

Права за гражданите на Република България
в областта на здравето

- право на здравно осигуряване;
- право на достъпна медицинска помощ;

- право на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени от закон;
- държавна закрила на гражданите;
- насърчаване на физическото развитие;
- защита от принудително лечение;
- право на санитарни мерки;
- право на защита и контрол върху производството на лекарствени средства, биопрепарати и медицинска техника;
- законов ред и начин на финансиране на здравеопазната система.

Нормативната база, имаща отношение към общественото здраве, включва:

- Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина;
- Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина;
- Закон за здравното осигуряване;
- Закон за лечебните заведения;
- Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите;
- Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането;
- Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки;
- Закон за здравето;
- Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти;
- Закон за здравословни и безопасни условия на труд;
- Закон за безопасно използване на ядрената енергия;
- Кодекс на труда;
- Кодекс на социалното осигуряване.

Въпреки дългия път, който измина страната ни, пред здравеопазването ни още стоят редица проблеми и предизвикателства.

Основен проблем е ниската удовлетвореност – гражданска, управленска, пациентска. Тази неудовлетвореност се формира от провежданата здравна политика, която натовари българското общество с

високи очаквания, а те очевидно не се оправдават. Промените бяха толкова революционни, шоково въведени и до голяма степен несъобразени с общественото съзнание, че доведоха до драстична загуба на доверие в здравната система. Получи се механична замяна на една неефективна, но работеща, макар и с много усилия система, с друга – още по-неефективна и отчасти имитираща дейност система.

Едно от новите предложения е да се демонополизира сегашният модел на монополна здравна система. Точно как би се случило това и как би изглеждала бъдещата структура на здравната система, все още не е изяснено. Най-вероятно демонополизацията би била само нормативна промяна, която да позволи на доброволните здравноосигурителни фондове (ДЗОФ) да участват равнопоставено в НЗОК съгласно ЗЗО. Стои въпросът: доколко това би било ефективно и ще формират ли ДЗОФ печалби.

Друго схващане гласи, че приватизацията на държавни и обществени лечебни заведения (ЛЗ) ще подобри българското здравеопазване. Подобен тип приватизация обаче е твърде закъсняла, тъй като вече има изградена широка мрежа от частни ЛЗ, в нови сгради с високотехнологично оборудване, които функционират на високо ниво.

Извънболничната помощ трябва да поема и решава здравни проблеми на населението и да намали притока към болниците. В България обаче извънболничната помощ е много „пропусклива“ и вместо да се превърне в мощна система за първични базови грижи, тя играе ролята на „диспечер“, който насочва пациентите към болниците, където разходите за лечение са в пъти повече.

Дискутира се и необходимостта от преструктуриране на някои малки и неефективни болници. Най-често срещано предложение е някои болници за активно лечение да се превърнат в хосписи и болници за долекуване.

Резултатите от здравната реформа показват наличието на една незадоволителна стратегия, импровизирани решения и липса на подготовка. Това според експерти налага нови тактически подходи. Желателно е да се извършат структурни реформи в болничните лечебни заведения. Броят на леглата е сравнително еквивалентен с този на страните от ЕС, но структурната пирамида е обърната. Заедно с това болниците са твърде

много. Трябва да се подобри индивидуалното и общественото здраве чрез повишаване на личната и обществената отговорност, да се подобри нивото на здравното обслужване, да се работи за по-висок стандарт в тази област, да се внедрят нови технологии. Наложителни са формиране на ново индивидуално и обществено отношение към здравето и предприемане на мерки за повишаване на здравната грамотност, здравната просвета и промоция на здравето. [Гаров, С. Здравна грамотност. Монография. София, Авангард Прима, 2018. 124 с. ISBN 978-619-160-993-2; Гаров, С. Интервенции за повишаване на здравната грамотност. – В: Сб. научни статии. София, ТЕМТО, 2018, с. 20-26. ISSN 1313-9134; Гаров, С. Развитие на здравната грамотност. – В: Варненски медицински форум, VII, 2018, бр. 1, с. 130-134. ISSN 1314-8338 (Print); ISSN 2367-5519 (Online) http://press.mu-varna.bg/ojs/index.php/vmf]

За утвърждаване на европейските здравноосигурителни принципи в нашата страна е важно периодично да се проучват базовите потребности на населението и върху основата на резултатите от него да се актуализират стратегията за развитие на българското здравеопазване и националната здравна карта.

Важен акцент е да се продължи развитието на интегрираното медицинско обслужване на базата на единна информационна система и създаване на пряка организационна връзка между училищната здравна система и общопрактикуващия лекар (ОПЛ). От ключово значение е да се гарантира безпрепятствен достъп до личния лекар.

Понастоящем в Република България функционира двустълбов модел на здравно осигуряване. Задължителното здравно осигуряване се осъществява от НЗОК, а доброволното здравно осигуряване – от лицензирани застрахователни акционерни дружества (ЗАД). [Воденичаров, Ц., Борисов, В. Доброволното здравно осигуряване – стратегия на избора. София, 1999.] По закон НЗОК е управител на Националния здравноосигурителен фонд, които се попълва от задължителните здравноосигурителни вноски на гражданите и едновременно с това НЗОК е и монополен здравноосигурителен оператор на Фонда.

В условията на непрекъснато разширяване на Основния здравноосигурителен пакет, съчетано с прогресиращо недофинансиране и централизирано държавно управление на НЗОК, нарастват негативните ефекти от тази система:

- ограничаване на достъпа до здравно обслужване и грижи;
- снижаване на качеството на медицинските услуги;
- неефективно управление и усвояване на финансовия ресурс;
- непрекъснато влошаване на показателите за състоянието на общественото здраве; и др.

Във връзка с това един от вариантите за подобряване на ефективността и ефикасността от управлението на индивидуалното и общественото здраве и за прозрачно усвояване на отделяния за целта ресурс е предлаганата реформа за демонополизация на задължителното здравно осигуряване чрез въвеждане на реален пазар на здравно обслужване, грижи и стоки и разумен държавен контрол за реализация на политиките, стратегиите, програмите и плановете за подобряване на здравето на нацията. [Воденичаров, Ц. Ключовите думи на здравната реформа са демонополизация и право на избор. – В: Quo Vadis, 13 април 2006.; Воденичарова, А. Новият стил на управленски професионализъм в здравеопазването. Автореферат на дис. за присъждане на ОНС „Доктор“, защитена във ФОЗ, МУ – София, 2016, с. 51.]

От съществено значение е и внедряването на електронното здравно досие, личната електронна здравна карта и информационната система, обхващаща изпълнителите на медицинска помощ (ИМП) и здравноосигурителните фондове.

За всички тези промени, водещи до реформиране здравната система в България, е необходимо да настъпят качествени промени в законовата и подзаконовата нормативна рамка на страната.

Мениджмънтът е процесът или сборът от действия на ръководството и организацията по отношение на определена дейност, в случая – здравеопазването.

Мениджмънтът използва различни ресурси, включително човешки ресурси, капитал, материални активи и нематериални активи, за да постигне различни организационни цели.

Мениджмънтът обхваща планирането, организирането, управлението на персонала, ръководството, насочването и контролирането на организация (група от един или повече човека или юридически субекти) или усилието за постигане на дадена цел. Също това е управлението на човешките ресурси, финансовите и технологичните ресурси, както и природните ресурси.

Ключов етап е планирането. То е свързано с определяне на целите и намеренията на екипа. Изготвянето на добър план е ключов момент в бъдещото развитие на проекта, тъй като може да спести ненужно забавяне на работния процес. Планирането включва и изготвяне на втори, резервен план, в случай че първият не сработи.

В България след 90-те години на XX век бе възприета концепцията за постепенната професионализация като здравни мениджъри на хората, които работят в управлението на здравеопазването, която бе затвърдена и в изискването при провеждането на конкурси за заемане на длъжност в областта на управлението да се изисква квалификация по здравен мениджмънт (Наредба №9). [Министерство на здравеопазването на Р. България. Наредба №9 от 26 юни 2000 г. за условията и реда за провеждане на конкурси за възлагане на управлението на лечебни заведения по ЗЗЛ. – В: ДВ, бр. 55, 7 юли 2000; изм. ДВ, бр. 15, 16 февр. 2001; изм. ДВ, бр. 116, 13 дек. 2002; изм. ДВ, бр. 91, 14 окт. 2003; изм. ДВ, бр. 4, 13 ян. 2006; изм. ДВ, бр. 71, 10 септ. 2010, чл. 1; доп. ДВ, бр. 15, 2001; изм. ДВ, бр. 116, 2002.]

Така се появява новият медицински професионалист – **здравният мениджър**. Мисията му е да реализира целите на общественото здравеопазване в новия, съвременен етап от развитието му.

В съвременното здравеопазване възниква необходимост и се създава възможност определен тип професионалисти да се посветят не между другото, а цялостно, на сложната, нетрадиционна и нестандартна дейност по управление на здравната организация. Здравният мениджмънт става професионална кариера, когато в ясно регламентиран порядък кумулира и

реализира стремежа на личността за самоутвърждаване и търсене на лична позиция в живота.

В развитите европейски страни и САЩ управленската дейност в здравеопазването е професионална дейност с регламентирано ниво и тип на квалификацията в областта на здравния мениджмънт.

В този смисъл здравният мениджмънт по същество е пресечна точка и обединяващ фактор на теорията на мениджмънта и теорията на здравеопазването (социалната медицина).

Професионалистът по здравен мениджмънт се изявява най-добре по предмета на здравния мениджмънт. Той трябва да притежава съответните професионални знания, умения и компетенции за изпълняване на тази отговорна дейност.

Компетентността е основата на управлението на човешките ресурси като цяло. Тя е фундамент на обучението и повишаването на квалификацията, чиято цел е да произвежда и развива висококомпетентни мениджъри, които успешно да постигат заложените организационни цели. [Воденичарова, А. Новият стил на управленски професионализъм в здравеопазването. Автореферат на дис. за присъждане на ОНС „Доктор“, защитена във ФОЗ, МУ – София, 2016, с. 18] Понятието „компетентност“ е въведено от Р. Бояцис и определя компетентността като: „Способност на мениджъра да придобива такъв образ, който удовлетворява изискванията на работата в определена организационна среда, и в това си качество се явява причина за достигане на желани резултати“ [Boyatzis, Richard. Competencies in the 21st century. – In: Journal of Management Development, 2008, 27.10.1108/02621710810840730.]. На базата на проведени изследвания той формулира следните обобщени групи от компетентности, които трябва да притежава съвременният мениджър:

- цел и ръководна дейност;
- управление на колеги;
- управление на човешки ресурси;
- лидерство.

За всяка организация и особено при управлението на човешките ресурси от особена важност са стилът на управление и качествата на лидера

на организацията. Стилът е устойчива система от принципи, които личността приема като образец, стандарт или еталон на мисловната си дейност и поведение. [Здравна политика и здравно законодателство. http://medic.etilena.info/topics/so/625]

За да придобият управленски компетентности, мениджърите трябва да натрупат известен практически опит, докато способностите, знанията и личните качества са присъщи на мениджърите още при започването на управленската кариера. Хората притежават способности, лични качества, свързани с техния характер и знания, които са независими и извън заеманата управленска длъжност, но все още не са доразвити до компетентности. За да се превърнат действително в компетентности, е необходим опит и развитие в управленската практика. [Здравна политика и здравно законодателство. http://medic.etilena.info/topics/so/625]

Основните акценти в дейността на здравния мениджър са:

- наемането на персонал;
- управлението на човешките взаимоотношения в колектива;
- мотивацията;
- квалификацията на персонала;
- управлението на промяната;
- лидерството.

Основните проблеми в развитието на човешките ресурси, които се отнасят и за здравната система, могат да бъдат обобщени като:

- нарушаване на баланса в обучението – например излишък на лекари, недостиг на медицински сестри или друг персонал;
- нарушаване на баланса в квалификацията – например излишък на лекари специалисти и недостиг на общопрактикуващи лекари;
- лошо териториално и географско разпределение на човешките ресурси – недостиг на общопрактикуващите лекари в селските райони;

- недостатъчно финансиране на системата (организацията) – лоши условия на работа, ниско заплащане, нисък професионален морал на персонала, лоша и нискокачествена работа, ниска удовлетвореност;
- неясни стандарти и несъобразени периоди на обучение с оглед осигуряване на квалифициран персонал;
- неадекватни стандарти за назначаване;
- липса на умения за работа с персонала;
- неясни системи на пенсиониране и пенсионни схеми и др.;
- конфликти между академичните, професионалните, синдикалните, правителствените и осигурителните интереси с обществените и индивидуалните интереси.

Един от основните проблеми в областта на здравеопазването е планирането на човешките ресурси. Фундаменталното в процеса на определяне на потребностите от кадри в системата на здравеопазването е познаването на текущата ситуация на работната сила. Оценката на текущото предлагане и наличие на здравни кадри, както и определянето на бъдещите нужди е специфична задача на Министерството на здравеопазването, което се занимава с общото планиране на национално ниво. Въпреки това планирането на ресурсите е елемент и от работата на мениджърите, които работят на оперативно ниво (болници и други здравни институции).

Мениджмънтът на човешките ресурси е сложен процес и зависи от стила на поведение на мениджъра.

Счита се, че характерно качество на всеки успешен мениджър е да може да владее всеки от различните стилове на поведение и да прилага най-подходящия за съответната ситуация, която възниква както в междуличностните отношения, така и от влиянието на външните фактори върху организацията.

Управление на конфликтите

Едно от най-важните качества на всеки мениджър е да може да управлява конфликтите, възникнали в организацията, които могат да са свързани със структурата, човешките взаимоотношения, някаква промяна.

Конфликтът по своята същност е несъгласие между една или повече страни. Основна причина за възникване на конфликтите е сблъсъкът на идеи, интереси или желания, като характерна черта на една конфликтна ситуация е съзнателното разстройство в интересите на едната страна поради съзнателното поведение и действия на другата.

Всеки мениджър трябва да познава:

- основните стратегии за решаване на конфликти;
- ситуациите, в които тези стратегии следва да се използват;
- някои от средствата за превенция на възникването на конфликти;
- състоянията, в които изпадат участниците в конфликта, и начините за тяхното преодоляване.

В България през последното десетилетие сме свидетели на реформи в здравеопазването, които в определени случаи доведоха до неефективно изразходване на значителна част от ограничения финансов ресурс без постигане на реални положителни медицински и икономически резултати. Причините за това са комплексни, но е наложително прилагането на подхода „проба–грешка“ да бъде преосмислено и в бъдеще внедряването на реформи да се осъществява на базата на задълбочен актуален ситуационен анализ, съобразен с нормативната уредба в страната, с материалните и кадровите възможности на обществото и съгласуван с потребителите и изпълнителите на здравните услуги. [29; 30; 31]

Алгоритъмът, по дефиниция, представлява поредица от инструкции или детайлно описание на процедурите стъпка по стъпка за решаване на даден проблем или изпълнение на задача.

Предлаганият алгоритъм за успешни реформи в областта на здравеопазването представлява стратегическо планиране на действията и включва следните основни етапи (фиг. 11.):

I. Прецизно формулиране на целите и обосновка на **предложение за реформа.**

II. Ангажиране на засегнатите страни, дебатиране и търсене на широка обществена подкрепа чрез:

1. Изучаване на компетентното мнение на **експерти** в областта на здравеопазването и на лица, имащи отношение към предлаганите изменения:

1.1. Експерти и преподаватели от факултетите по обществено здраве;

1.2. Здравни мениджъри и ръководители на лечебни заведения;

1.3. Специалисти по медицинска етика и право;

1.4. Правни специалисти за адаптиране на промените към съществуващата нормативна уредба и осъществяване на законодателни инициативи и интервенции, ако са необходими;

1.5. Експерти от други институции – НЗОК, НЦОЗА, Изпълнителна агенция „Медицински надзор“, регионални здравни инспекторати и др.;

1.6. Експерти на политическо ниво, т.нар. висш здравен мениджмънт, който в националната здравна система е представен от Министерството на здравеопазването;

1.7. Специалисти по Икономика на здравеопазването за определяне на източниците на финансиране, изработване на икономически анализи и прогнози чрез различни методи – „разход–ефект“, „разход–полезност“, „разход–полза“, „разход–резултат“ и др.

2. Изследване на отношението на **здравните специалисти** към предлаганите промени – лекари, медицински сестри, лекарски асистенти и др.

3. Проучване на нагласите на потребителите на медицинската услуга – **пациентите**. Анализиране на техните потребности, желания и очаквания.

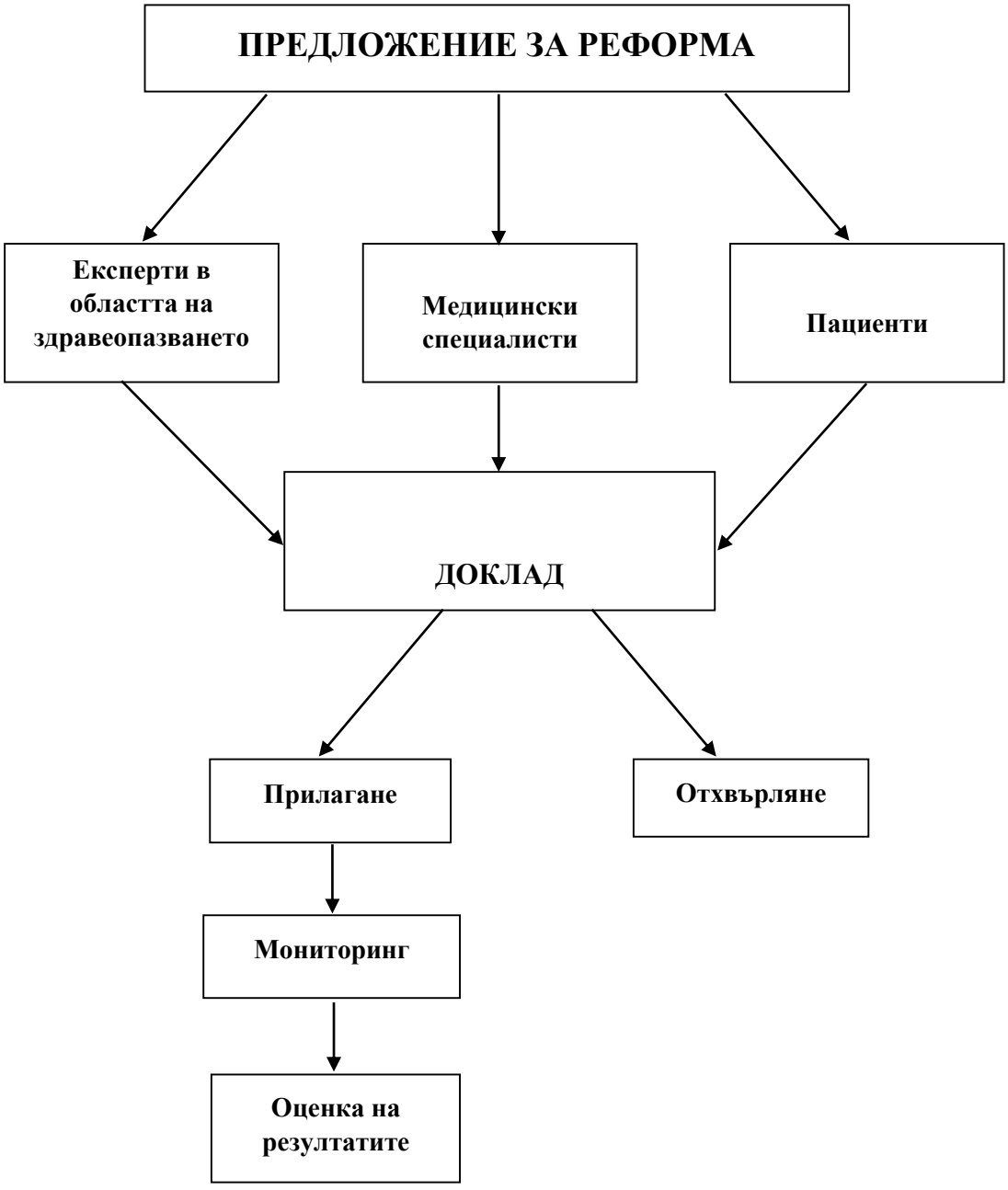
III. Изготвяне на доклад за необходимите промени, включващ ситуационен анализ, верифициране на проблемната зона, обосновка на потребността от промяна и възможните идеи и механизми за реализация на същите. Докладът трябва да представя отношението на засегнатите страни, отчет на очакваните разходи и ползи в медицински и финансов аспект и предлагане на подробен план за реализацията им. Оценка на плюсовете и минусите, предимствата и недастатъците, както и вероятните заплахи за приложението.

IV. Прилагане или отхвърляне на предложението за реформа.

V. При внедряване се осъществява **мониторинг** и текущ контрол с цел наблюдение на изпълнението на поставените задачи и адаптиране при необходимост към динамично променящите се условия за постигане на целите.

VI. Оценка на резултатите – икономически и здравни.

Според нас спазването на така разработения алгоритъм за реформи в здравеопазването е от ключово значение и би допринесло за по-адекватно разходване на ограничения финансов ресурс и за успешното реализиране на поставените стратегически национални здравни цели.



Фиг. 11. Алгоритъм за реформи в здравеопазването

4. Резултати от анкетно проучване сред здравни експерти за изследване на отношението им към предлагания алгоритъм за внедряване на реформи в здравеопазването

Разработеният и изложен по-горе в дисертационния труд алгоритъм бе подложен на експертна оценка и неговете елементи бяха оценени от тях чрез анкетно проучване.

Целта на проведеното изследване бе да се проучат мненията на здравни експерти, работещи в областта на икономиката на здравеопазването, относно предлагания алгоритъм за създаване и прилагане на реформи в здравеопазването в България.

Методи, обем и време на проучването

За изпълнение на поставената цел бе проведено анкетно проучване за оценка на предлагания алгоритъм от здравни експерти чрез специално изготвена за целта анкетна карта (въпросник) [Приложение 3]. Разработеният алгоритъм бе предложен на анкетираните в по-подробен вид като притурка към всяка анкетна карта на респондентите. Изследването е проведено в периода март – юни 2019 г. В него участие взеха 14 експерти, които са изследователи по икономика на здравеопазването: 9 от ФОЗ към МУ – София, и 5 от ФОЗ към МУ – Пловдив.

По отношение на статистическите методи, при обработката на данните от проучването е използвана описателна статистика: абсолютни честоти (n) – броят на единиците в отделно взета група, и относителни честоти (%) – броят на единиците в отделно взета група, отнесен към общия брой единици в съвкупността. Данните са обработени със специализирания статистически пакет SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), версия 16.0.

Категорично еднозначни са отговорите на анкетираните на въпроса: „Смятате ли, че преди прилагане на реформи или значими промени в областта на здравеопазването от ръководните органи е необходимо по-задълбочено проучване на мнението на здравните експерти?“. Всички участници в проучването (100%) считат, че мнението на здравните експерти

е необходимо, важно и трябва да бъде взето под внимание от висшия мениджмънт при предприемането на промени в сферата на здравеопазването, касаещи обществото.

На втория въпрос: „Степенувайте по важност мнението на медицинските специалисти (лекари, медицински сестри и др.) относно разработването на алгоритъм за реформи в здравеопазването“, преобладаващата част от респондентите (85,8%) преценяват, че мнението на медицинските специалисти е много важно, но не е най-важно. Това показва значимостта на мнението на медицинските специалисти, но също така подсказва, че според анкетираните само тяхното мнение не е достатъчно и преди предприемане на важни здравнополитически решения е нужно те да се прецизират и да се търси сътрудничество и с други лица (пациенти, здравни мениджъри и др.), които са ангажирани с тези процеси (фиг. 12). Тук можем да направим извода, че медицинските специалисти са осъзнали необходимостта от работа в екип с други специалисти при вземане на решения относно промени в управлението на системата на здравеопазването. Отчитането на различните гледни точки на експерти от различни области ще доведе до рационални и работещи предложения за здравеопазването.



Фиг. 12. Оценяване на степента на важност на мнението на медицинските специалисти при предприемане на реформи в здравеопазването

На въпроса „Според Вас необходимо ли е да бъде взето под внимание мнението на всички заинтересовани страни, вкл. и това на пациентските организации като представители на потребителите на медицинската услуга (пациентите)?“, близо 2/3 са категорични и желаят да бъде взето под внимание мнението на всички заинтересовани страни, а останалите 28,6% се колебаят и са избрали отговора „По-скоро „да“ (фиг. 13). Анализирането на различните гледни точки на заинтерсованите страни би дало възможност да се създаде прецизен алгоритъм, отразяващ потребностите и желанията на всички участници в системата.



Фиг. 13. Оценяване на важността на мнението на заинтересованите страни при предприемане на реформи в здравеопазването

Анкетата завършва с отворен въпрос, в който експертите, от една страна, свободно изразяват мнението си, а от друга – така се събира допълнителна информация, която може да послужи за дообогатяване на предлагания модел.

Получени са много позитивни отговори, но и нови предложения. По този начин се подчерта значимостта на предлагания алгоритъм, но и се потвърди перспективността на модела за по-нататъшни научни изследвания (табл. 4).

Таблица 4. Мнения на здравни експерти относно предлагания алгоритъм за реформи

1	Прецизно разработен и напълно приложим. Към мненията на експертите да се включат и тези на представители на съсловните организации с цел пълнота на разглежданите проблеми от различни гледни точки.
2	Предложение: 1. Алгоритъмът да започва с анкетно проучване сред експертите в системата на здравеопазването, медицинските специалисти и пациентите относно недостатъците на системата на здравеопазването в сегашното ѝ състояние, вместо издигането на предложение за реформа, без да е ясно как, от кого и защо. 2. Вместо задънената улица „Отхвърляне на доклада“ да се включи логически блок „Оценка на доклада“, единият изход от който да предвижда възможност за предложения за корекции и коригиране на доклада с последваща негова оценка. При приемане на доклада да се продължи с неговата реализация, мониториране и оценка на резултатите. 3. За да има алгоритъмът практическа стойност, е необходимо допълнително да се уточни съставът на колектива, който ще изработи доклада, както и кои институции ще го оценяват.
3	Отлично формулиран научен подход за реформа.
4	Да се заложи на мненията на независими експерти, необвързани с институции, лечебни заведения и др.
5	Добре структуриран, изчерпателен относно етапите за провеждане на реформа, важна стъпка от които е проучването на мненията на заинтересованите страни.
6	Ясно и прецизно формулиран научен подход за реформа в системата на здравеопазването.
7	Добре формулиран и аргументиран подход за реформа в здравеопазването.
8	Добре аргументиран научен подход към реформите в здравеопазването.

9	Добре обоснован алгоритъм за реформи, като се вземе предвид мнението на различни експерти от всички нива в здравеопазването, включително и на представителите на пациентските организации.
10	Конкретизира се коя част от отношенията в здравеопазването ще засегне пряко и на тази база кой ще я провежда, оценява и мониторира.
11	Алгоритъмът е всеобхватен и детайлен, върху който може да се стъпи за по-нататъшни реформи в здравеопазването.
12	Причини за отхвърлянето – анализ на причините и връщане до предходен етап до приемането.
13	Анализ на причините за отхвърляне. Изготвяне на предложение и представяне на експертите за повторно разглеждане.
14	Преди изготвянето на доклада да има етапи – обработка, анализ и синтез на мненията на проучените страни; и трябва да се дефинира от кого (коя институция) ще бъде извършено това.

Въпреки ограничения брой на респондентите, участващи в проучването отговорите им дават ясен ориентир за отношението на експертите към предлагания алгоритъм. Предложеният алгоритъм по мнение на здравни експерти е значим, приложим, добре аргументиран и с практическа стойност. В отговорите ясно се подчертава, че мнението на здравните експерти е наложително да бъде вземано под внимание, преди да се предприемат промени в сферата на здравеопазването. Очертава се и необходимостта от по-широк обществен дебат и изучаване на различните гледни точки на всички заинтересовани страни при предлагане на значими промени в областта на общественото здраве.

ИЗВОДИ

В резултат от проведените проучвания могат да бъдат направени следните изводи:

I. Изводи от проведено проучване на мненията на медицински специалисти, работещи в болничната помощ и на пациентите, относно въведената система за пръстова идентификация:

1. Преобладаващата част от анкетираните медицински специалисти (88,1%) и пациенти (69,7%) не одобряват въвеждането на СПИ в болничния сектор.
2. Около 85% от анкетираните медицински специалисти и 68,8% от пациентите смятат, че СПИ няма да повлияе за по-ефективното разходване на финансовия ресурс в болничния сектор и няма да спести времето за регистрация на пациентите.
3. Почти половината (48,6%) от анкетираните пациенти и 78,9% от медицинските специалисти са срещали технически проблем при прилагането на СПИ –Това според нас е твърде висок процент, показващ неудовлетворението им от технически трудности при използването на СПИ и такава ситуация може да доведе до нарушаване на нормалния работен ритъм на функциониране на съответното лечебно заведение.
4. По-голямата част от анкетираните медицинските специалисти (62%) и пациенти (46,8%) считат, че СПИ засяга личното им достойнство.
5. Мнозинството от медицинските специалисти (около 72%) и пациенти (80%) не подкрепят прокламираната идея СПИ да бъде въведена при посещение при личен лекар и при изписване на лекарства.
6. Около 58% от медицинските специалисти и повече от половината от пациентите (53,2%) смятат, че е подходяща замяната на СПИ с електронна здравна карта. Сравнително голяма част от респондентите (28,4% от медицинските специалисти и 20,2% от пациентите), не могат да преценят, което според нас е висок процент и показва необходимостта от подходяща информационна кампания за

разясняване на предимствата и недостатъците на системите за регистрация.

II. Изводи от проучване на приложението на електронна здравна карта в страни от ЕС и перспективите за внедряването ѝ в България

1. Европейската комисия насърчава въвеждането на електронни здравни карти и единна информационна система като основна и неделима част от съвременното модерно здравеопазване.

2. В България в съответствие с политиката на ЕС в тази област е създадена дългосрочна стратегия относно стъпките, необходими за внедряване на електронното здравеопазване, и се очаква в краткосрочно бъдеще да се предприемат реални действия за внедряването на електронна здравна карта, както вече е направено в преобладаващата част от страните от ЕС.

III. Изводи от проучване на специфичните характеристики на реформите в здравеопазването и изготвяне на алгоритъм за приложение на реформи в здравеопазването

В България през последното десетилетие сме свидетели на реформи в здравеопазването, които в определени случаи доведоха до неефективно изразходване на значителна част от ограничения финансов ресурс без постигане на реални положителни медицински и икономически резултати. Неуспешният резултат от прилагането на СПИ е още едно доказазателство за това и показва необходимостта от създаване на алгоритъм за провеждане на реформи в здравния сектор, като част от системен здравнополитически подход.

IV. Изводи от анкетно проучване сред здравни експерти за изследване на отношението им към предлагания алгоритъм за внедряване на реформи в здравеопазването

1. Резултатите от направеното проучване подчертават значимостта и практическата стойност на предлагания алгоритъм, който е описан от

респондентите като „прецизно разработен“, „отлично формулиран“, „добре аргументиран“ и т.н.

2. Очерта се необходимостта за по-широк обществен дебат и изучаване на различните гледни точки на всички заинтересовани страни при предлагане на значими промени в областта на общественото здраве.

3. Направени са нови предложения, които дообогатяват и конкретизират отделни елементи на модела.

Като цяло, експертите дават висока положителна оценка на предлагания алгоритъм. Освен положителните страни обаче, отговорите (по-специално на последния, отворен въпрос) разкриват и други посоки за развитието му, което е показател за адаптивността на алгоритъма към динамичните промени в обществото, за неговата продуктивност и перспективност.

ПРЕПОРЪКИ

Системата на пръстова идентификация, въведена в здравеопазването в Република България, е пример за това как не бива да се налагат здравнополитически решения, засягащи цялото общество, без да е постигнат предварителен консенсус за предлаганите промени както от страна на пациентите, така и от гледна точка на здравните професионалисти.

На базата на несполучливия първи опит с приложената система на пръстова идентификация и въз основа на изследванията в дисертационния труд могат да се формулират следните препоръки.

А. Към Министерството на здравеопазването

1. Да ускори процеса на прилагане на стратегията, като за тази цел активно да си сътрудничи с парламентарната комисия по здравеопазване, НЗОК, НПО като фондация „Електронно здравеопазване България“ и др.

2. С оглед дълготрайна успешна реализация на бъдещи реформи, предлаганите от Министерството на здравеопазването промени в здравеопазването:

- да имат ясно дефинирани стратегически цели и план за действие, съдържащ очаквани резултати, етапи за реализиране и способи за мониторинг, анализ и оценка от медицинска и от финансова гледна точка;
- да са стриктно съобразени със законовите разпоредби в страната;
- да бъдат приети на базата на обществен консенсус;
- да е взето под внимание мнението на медицинските професионалисти;
- да е в унисон със здравните потребности, желания и очаквания на пациентите;
- да са подкрепени с научни доказателства, т.е. да се базира на медицина, основана на доказателства;
- промените да са адекватни на етическите норми и ценности в обществото.

Б. Към Българския лекарски съюз и Националното сдружение по здравна политика и мениджмънт

1. По-голяма активност и ангажираност по проблемите с внедряването на електронното здравеопазване в България.

В. Към факултетите по обществено здраве

1. Обучение на здравните специалисти за използване на информационната система на електронно здравеопазване;

2. Разработване на електронни системи за подпомагане на решенията на здравните специалисти и обмен на клинична информация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Системата на пръстова идентификация, която беше внедрена от четвъртото тримесечие на 2016 г. в болничния сектор в България и действаше до края на първото тримесечие на 2017 г., беше опит за реформа в областта на здравеопазването с оглед по-ефективно да се разходва ограниченият финансов ресурс. Осъществяването на свързаните със СПИ промени предизвика мощни негативни реакции, неодобрителни коментари и жалби от страна на БЛС, от неправителствени организации и от засегнати частни лица. В крайна сметка след едва около 6 месеца това нововъведение бе отменено по правен път. Като резултат от всичко това бяха изразходени милиони левове за нещо, което практически не проработи дългосрочно във времето и се оказа една скъпа авантюра на тогавашното ръководство на МЗ.

Това изтичане на средства без ясна дългосрочна визия в сектора вече стана повтаряща се практика и е редно да се изучават причините за тези периодично повтарящи се недоразумения, да се анализират и да се формулират препоръки за подготовката на всякакви бъдещи промени в областта на здравеопазването.

Изследването на нагласите при прилагане на пръстови отпечатъци като част от система за контрол на достъпа до медицински услуги в България показа, че липсва ясно обоснована стратегия за внедряването на тази промяна. Тя не е напълно съгласувана с мнението на медицинските специалисти, пациентите и експертите. Прилагането на подобна система трябва да е свързано, от една страна, с предварително изясняване на конкретните и общите правни, етични, технологични, финансови, договорни и управленски въпроси, необходими за практическата реализация на съответното здравнополитическо решение. От друга – със стриктно планиране на етапите за реализация, анализ и оценка на очакваните резултати – финансови и здравни, мониторинг, определяне на подходи за измерване и контрол.

Много важно е да се следва демократичният принцип за достъпност на информацията, за прозрачност на действията, за навременно и ясно информиране на обществеността за очаквания и за постигнатия ефект.

Въз основа на анализа на данните от цитираната по-горе анкета на пациенти и медицински специалисти ние считаме, че причините за неуспеха на това нововъведение (СПИ) са:

1. Несъобразяването с нормативната база в Република България, поради което Върховният административен съд отмени приложението на пръстовия отпечатък в здравеопазната система.

2. Липсата на предварителен широк обществен дебат, включващ компетентни медицински специалисти – експерти по обществено здраве, здравни мениджъри, лекари и други, за изясняване на плюсовете и минусите на предлаганите промени и за съгласуване на интересите на засегнатите страни, за сътрудничество и постигане на консенсус при вземането на решения.

3. Отсъствието на представително социологическо проучване и на подходяща дискусия за изясняване на мненията на пациентите.

4. Игнорирането на етическите проблеми, свързани с приложението на биометрични данни като средство за идентификация в системата на здравеопазването в случая.

5. Недостатъчната прозрачност относно изразходването на публични финансови средства, необходими за въвеждането на системата – за закупуване на апарати за пръстова идентификация, софтуер, обучение на персонал за работа с нея и т.н.

6. Ключов момент в мениджмънта в здравеопазването е вземането на решения, основани на конкретни доказателства и на добри практики. Анализът на чуждестранния опит показва, че в нито една страна в ЕС не се прилага СПИ като задължителен елемент за регистрация в областта на здравеопазването, а се използват други способи. Най-често това е електронна здравна карта.

Инициативата да се внедри СПИ в системата на здравеопазването в Република България е пример за недостатъчна и неефективна подготвителна работа и обосновка, преди да се предприемат здравнополитически решения, които в случая засягат цялото общество. Само с постигане на предварителен консенсус за предлаганите промени и отчитане на мненията както на

пациентите, здравните професионалисти, така и на здравните експерти е възможно реформиране на тази важна социална сфера.

С мотива оптимизация при изразходване на финансовия ресурс, в дисертационния труд е предложен алгоритъм за успешни реформи в областта на здравеопазването, което представлява стратегическо планиране на действията, включващо необходимите основни етапи.

Подчертават се значимостта и практическата стойност на предлагания алгоритъм, който е подложен на проверка чрез метода на експертната оценка.

Считаме, че спазването на така разработения алгоритъм за реформи в здравеопазването, за който експертите дадоха своята висока положителна оценка, е от ключово значение и би допринесло за по- адекватно разходване на ограничения финансов ресурс и за успешното реализиране на поставените стратегически здравни цели.

В България в съответствие с политиката на ЕС в областта на здравеопазването е създадена и приета дългосрочна стратегия относно стъпките, необходими за внедряване на електронното здравеопазване, още през далечната 2005 г. За съжаление, реалността показва, че вече 14 години държавните ръководители бележат провал при реализирането на проектите, които са заложени в стратегията за електронното здравеопазване, като напр. проекта за внедряване на електронна здравна карта.

Във връзка с това е крайно наложително да се ускори ангажирането с тази отговорност на съответните институции и организации в България и най-вече на министъра на здравеопазването и специално създадения за изпълнение на Стратегията за електронно здравеопазване Съвет за координация, който е натоварен да изготви план за действие за изпълнение на Стратегията и да следи за нейното изпълнение.

САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Настоящият дисертационен труд има приноси в следните няколко направления:

А. Научно-приложни приноси

1. Разработен е алгоритъм за създаване, предлагане и реализиране на реформи в здравеопазването в Република България.

2. Създадена е анкетна карта и е проведено проучване сред здравни експерти за изследване на отношението им към предлагания алгоритъм за внедряване на реформи в здравеопазването.

Б. Научнотеоретични приноси

1. Изследвана е Системата на пръстова идентификация, приложена в болничния сектор в България за периода 01.10.2016 – 28.03.2017 г.

2. Анализирано е мнението на пациенти и на медицински специалисти относно въведената система на пръстова идентификация в болничната помощ на здравеопазната система в България чрез специално създадени за целта анкетни карти.

3. Задълбочено е проучен опитът на страните от ЕС при използване на електронна здравна карта в тях.

4. Представени са специфичните характеристики на реформите в здравеопазването.

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Попов**, К., **Воденичарова**, А., **Черкезов**, Т., **Гаров**, С., **Деливерска**, М. Проучване на мненията на медицинските специалисти и на пациентите относно системата за пръстова идентификация, приложена в болничния сектор в България в периода 2016 – 2017 г. – В: *Медицински мениджмънт* и здравна политика, 2019, бр. 3, с. 24 – 30
ISSN 1312-0336

2. **Попов**, К., **Воденичарова**, А., **Черкезов**, Т., **Гаров**, С. Нововведения по использованию отпечатков пальцев как части системы контроля доступа к медицинским услугам в Болгарии, Вестник Восточно-Сибирской открытой академии, Русия, 2019, № 34
URL: vsoa.esrae.ru/208-1178

3. **Попов**, К., **Воденичарова**, А., **Черкезов**, Т., **Деливерска**, М., **Гаров**, С. Проучване относно приложението на електронната здравна карта в няколко страни от ЕС и перспективите при внедряването ѝ в България. – В: *Контакт* Сб. София, *ТЕМТО,* 2019, стр. 19-26
ISSN 1313-9134

4. **Попов**, К., **Воденичарова**, А., **Черкезов**, Т., **Гаров**, Св., **Златанова**, Т., **Василева**, Д. Алгоритъм за създаване, предлагане и реализиране на реформи в здравеопазването през погледа на здравни експерти. – В: *Здравна политика и мениджмънт*, 2019, том 19, бр. №3, стр. 6-9
ISSN 1313-4981