

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

Калоян Гришев Стаменов

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

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане
на образователна и научната степен „Доктор”

Област на висше образование: 7. Здравеопазване и спорт

Професионално направление: 7.4. Обществено здраве

Научната специалност: Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ: ПРОФ. Д-Р СТЕФАН ГЛАДИЛОВ, Д.М.

РЕЦЕНЗЕНТИ:

ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, Д.М.Н.

ДОЦ. Д-Р ГЕОРГИ КОЙЧЕВ, Д.М.

Дисертационният труд съдържа 201 страници. Онагледен е с 28 таблици и 7 фигури. В библиографията са включени 108 литературни източника.

Дисертационният труд е обсъден, одобрен и насочен за защита от разширен Катедрен съвет по Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията на Факултета по обществено здраве при Медицински университет - София

Публичната защитата ще се проведе на 20.05.2013 г. от 13.00 часа в зала N 7 на Факултета по обществено здраве на основание чл.4 ал.2 от Закона за развитието на академичния състав в Република България, чл. 2 ал. 2 от Правилника за прилагане на Закона за развитието на академичния състав в Република България, , чл. 5 ал. 2 във връзка с чл. 73 ал. 2 от Правилника за условията и реда за придобиване на научни степени и заемане на академични длъжности в Медицински университет – София, и въз основа на Заповед N РК 36 – 311 / 21.02.2013г. на Ректора на МУ – София, пред научно жури в състав:

Научно жури:

1. ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВЛАЙКОВ ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН
2. ПРОФ. Д-Р СТЕФАН НЕСТОРОВ ГЛАДИЛОВ, ДМ
3. ПРОФ. Д-Р ВЕСЕЛИН БОРИСОВ ВАСИЛЕВ, ДМН
4. ПРОФ. ЕВГЕНИЯ ИВАНОВА ДЕЛЧЕВА, ДИ
5. ДОЦ. Д-Р ГЕОРГИ ИВАНОВ КОЙЧЕВ, ДМ

Резервни членове:

6. ДОЦ. Д-Р ТИХОМИРА ЗЛАТАНОВА ЗЛАТАНОВА, ДМ
7. ПРОФ. Д-Р МИЛАДИН АЛЕКСАНДРОВ АПОСТОЛОВ, ДМН

Материалите по защитата са на разположение в Деканата на ФОЗ,МУ – София, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, „Бяло море” N8, гр. София

ЧЕСТО ПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ЦПЗ - Център за психично здраве със стационар

ДПБ - Държавна психиатрична болница

ДПБЛНА - Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм

МЗ – Министерство на здравеопазването

ЕС – Европейски съюз

НЗОК - Националната здравно-осигурителна каса

ЗЛПХМ - Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина

ДДС – данък върху добавената стойност

СБФП - Сдружение на българските фармацевтични производители

БВП – Брутен вътрешен продукт

СЪДЪРЖАНИЕ

I.	Въведение.....	5
II.	СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ОПИТА НА РАЗВИТИТЕ СТРАНИ В ОБЛАСТТА НА ЛЕКАРСТВЕНАТА ПОЛИТИКА.....	7
III.	ЦЕЛ И ЗАДАЧИ.....	13
IV.	МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ.....	15
	Време на проучването.....	17
	Място на проучването.....	17
V.	СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ В ЧЕТИРИ БОЛНИЦИ.....	18
	1. Състояние, дейност и икономически параметри на стационарната психиатрична помощ в Р. България.	18
VI.	ОБЕКТИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ.....	30
	1. Център за психично здраве със стационар /ЦПЗ/ - гр. Враца.....	30
	ЦПЗ гр. Враца.....	30
	2. Държавна психиатрична болница /ДПБ/ „Свети Иван Рилски”.....	32
	ДПБ/ „Свети Иван Рилски”.....	32
	3. Център за психично здраве със стационар /ЦПЗ/ - София Област.....	33
	4. Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм /ДПБЛНА/ – Суходол.....	33
VII.	Описание на процеса на лекарственото снабдяване.....	34
	1. Лекарствено снабдяване в Център за психично здраве със стационар /ЦПЗ/ - гр. Враца.....	34
	2. Лекарствено снабдяване в Държавна психиатрична болница „Свети Иван Рилски”.....	36
	3. Лекарствено снабдяване в „Център за психично здраве със стационар – София област” ЕООД.....	39
	4. Лекарствено снабдяване в ДПБЛНА – Суходол.....	39
VIII.	Препоръчителен модел на финансиране на психиатрични болници.....	48
IX.	Основни изводи.....	50
	ПРЕПОРЪКИ.....	53
	ПРИНОСИ.....	54
	НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ.....	55

I. Въведение

Настоящата работа е посветена на проблем, който придобива в нашето съвремие приоритетно значение за здравето на психично болните – лекарствената политика на държавата и нейното конкретно проявление в сферата на психиатричното лечение. Изследванията са проведени в: Център за психично здраве със стационар /ЦПЗ/ - гр. Враца, Държавна психиатрична болница /ДПБ/ „Свети Иван Рилски”, Център за психично здраве със стационар / ЦПЗ / – София област, Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм /ДПБЛНА/ – Суходол.

Значимостта на проблема на *първо място* произтича от факта, че държавната политика в здравеопазването не е добре социално ориентирана към здравето и работоспособността на хората, конкретно – към лечението с достатъчно медицински грижи /вкл. тези на членовете на семейството на болния/, подходящи лекарства, програми за социална адаптация и т.н. Всичко това би било успешно, ако се изучава и прилага европейската практика в областта на лечението на психично болните и ако държавата осигурява достатъчно средства за необходимото лечение.

На *второ място*, значимостта на проблема се определя от ниския жизнен стандарт на българите, негативите в икономиката /безработицата, високите цени на основните хранителни продукти и т.н./, които са в основата на многото проблеми, създаващи несигурност в ежедневието на хората.

На *трето място*, практиката на България в областта на снабдяването с лекарства на потребителския пазар, формирането на лекарствената цена, ролята на държавното финансиране и това от Националната здравно-осигурителна каса /НЗОК/ рефлектират върху лечението на хората. И когато те съдържат сериозни негативи – отражението върху здравето на нацията е също неблагоприятно. Отделно, сериозен принос за влошено здраве имат екологични и социални фактори.

Изградените и функциониращи болнични заведения за лечение на психично болни упражняват медицинска помощ по отношение на заболялите като ползват финансови средства от общинския, респ. държавния бюджет; собствени приходи - от платени медицински услуги, приходи от сключени договори за прегледи в предприятия и от лични дарения. По действащия

законодателен механизъм, от европейската програма за здравеопазване /2007-2013 г./ в България не бяха усвоени достатъчно средства.

Успоредно с това, действащата Здравната програма на ЕС за 2007-2013 г., съдържа цялостна здравна стратегия на държавата. Тя най-общо е насочена към това да защитава гражданите от заплахите за здравето и да се грижи за здравното осигуряване и безопасността на нацията, вкл. и на психично болелите. Изследвания сочат, че 27-те страни-членки на ЕС изразходват средно 7,76% от своя БВП за здравеопазване. От първостепенно значение са опасенията във връзка с душевното здраве на европейците, които опасения засягат над 27% от пълнолетните граждани и може да струва на страните-членки на общността до 4% от БВП.

Бурното развитие на икономическия живот налага потребността от повишаване на мерките на държавата за опазване на живота и здравето на нацията, особено на тази част от нея, която живее и работи в условията на психологически риск.

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

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

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

а/ държавно-обществено здравеопазване /егалитарна система/.

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

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

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

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

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

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

една от тях няма доминираща роля;

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

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

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

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

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

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

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

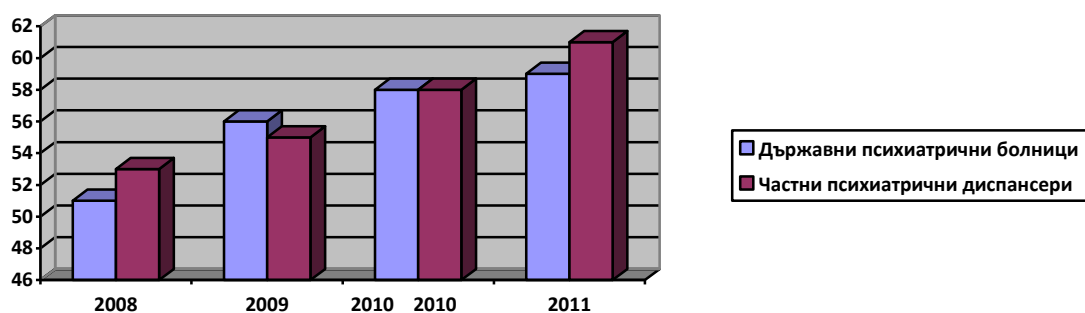
Сравнителен анализ в други страни. Колко пари генерират за психиатрични лекарства, и колко е разликата с България?

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

Стойност на 1 леглоден в евро

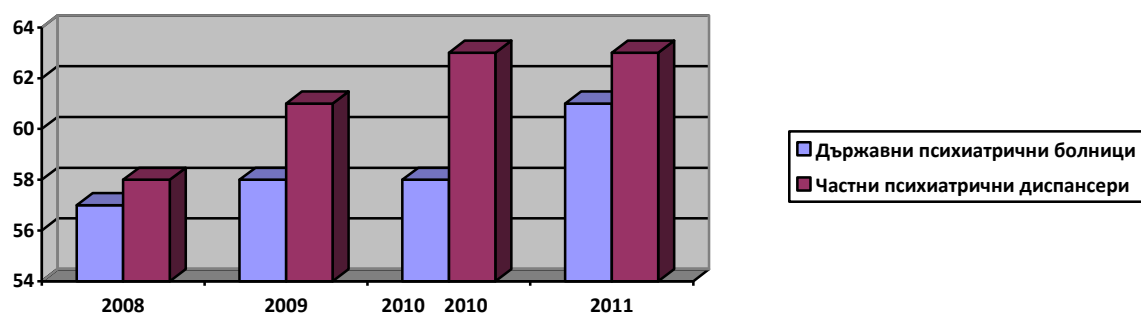
/Австрия/

Фигура 1



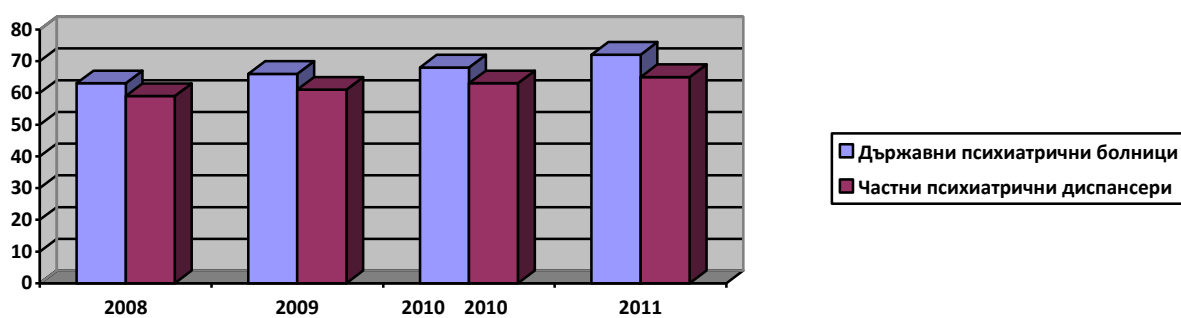
Фигура 2

Стойност на 1 леглоден в евро
/Норвегия/



Фигура 3

Стойност на 1 леглоден в евро
/Швейцария/



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

България отделя най-малко пари за психичното здраве на нацията си. Съществуват разлики в стойността на лечението на един болен в лечебните заведения от различен тип /Табл. 1/.

Таблица 1 Стойност на 1 леглоден в лв.
/България/

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

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

III. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

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

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

- сравнителен анализ за стационарните психиатрични заведения в страната;
- изследване на закономерностите на пазара на лекарства, с оглед определяне на ролята на държавата в управлението на разходите за лекарства;
- насоки за подобряване на финансирането на лекарство снабдяването в психиатричните стационарни заведения в България и оптимизиране на разходите за
- регулиране и контрол върху разходите за медикаменти в психиатричните заведения

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

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

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

IV. МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ

При настоящата разработка са приложени следните методи за събиране на изследователски материал и за неговата обработка и в резултат на това – изведени резултати и обобщения:

1. Сравнителен анализ

Сравнени са опита на някои развити страни и тяхната политика в посока на лекарство снабдяването с действащата лекарствена политика у нас.

От анализа се вижда доста висок дисонанс в политиката на лекарство снабдяване между разглежданите държави и България.

Направени са сравнения за икономическите компоненти и лекарство снабдяването в психиатричните стационарни заведения в България.

2. Критичен анализ

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

3. Макроикономически анализ

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

4. Микроикономически анализ

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

5. Фармакоикономически анализ

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

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

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

6. SWOT анализ

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

7. Графичен анализ

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

Време на проучването

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

Място на проучването

Проучването бе проведено в следните психиатрични болници:

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

V. СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ В ЧЕТИРИ БОЛНИЦИ

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

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

Съгласно данни на НЦОЗА броят на болните намиращи се под наблюдение на психиатричните заведения, клиники, отделения, кабинети и амбулатории през 2011г. възлиза на 151 002 или 20 698 на 100 000 население. Разгледани в динамика за 4 годишен период този брой показва определено ежегодно снижаване (таблица 2).

Таблица 2. Болни под наблюдение на психиатричните заведения, клиники, отделения, кабинети и амбулатории по вид на заболяването

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

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

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

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

Хоспитализираните случаи (изписани или умрели) в стационарните лечебни заведения с психични поведенчески разстройства са представени на Таблица 3. Анализът на тези данни за четири годишен период от 2008г. до 2011г. показва увеличение на броя на хоспитализираните пациенти за посочения период с около 3000 души, което достига 52 080 хоспитализирани или 708,7 на 100 000 население. Анализът на посочените данни показва все по-нарастващо значение на стационарното лечение на психично болните пациенти през 2008 – 2011г.

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

Табл.3 Хоспитализирани случаи /изписани и умрели/ в стационарите
на лечебните заведения с психични и поведенчески разстройства

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

Други разстройства в поведението и емоциите	F91– F95	143	1,9	115	1,5	269	3,6	308	4,2
Неорганична енуреза	F98.0	17	0,2	7	0,1	4	0,1	16	0,2

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

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



Броят на психиатрите като физически лица в лечебните заведения е посочен в таблица N:4, като за периода 2008-2011г. този брой остава относително стабилен с леко увеличение на тази бройка в стационарите.

таблица N:4

Психиатри в лечебните заведения								
	2008		2009		2010		2011	
	Физ. Лица		Физ. Лица		Физ. Лица		Физ. Лица	
	Общо	В т.ч. в болничната помощ	Общо	В т.ч. в болничната помощ	Общо	В т.ч. в болничната помощ	Общо	В т.ч. в болничната помощ
Психиатри	506	411	565	456	519	433	565	447

Приходите по източници в групите психиатрични лечебни заведения
за болнична помощ са представени в таблица N:5.

таблица N:5

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

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

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

Основните разходи на стационарните психиатрични заведения за периода 2008-2011г. са представени в таблица N:6. Те са :

Разходи за персонал

Разходи за храна

Разходи за медикаменти

Оперативни разходи

таблица N:6 Извършени разходи в стационара на групите лечебни заведения -
по видове разходи за периода 2008 - 2011 г. /в лева/

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

Анализът на данните за тези разходи показва:

Стабилност на разходите без тенденции за увеличение през визирания период:

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

Основните икономически показатели за дейността на групите лечебни заведения за психиатрична болнична помощ за периода 2008-2011г. са представени в таблица N:7. Представените данни показват висок среден разход на преминал болен в психиатрична болница – 1488 лева за 2011г. , който надвишава от 2 до 3 пъти аналогичния показател за всички останали стационари. Това се дължи на ниския оборот на тези легла и високия среден престой на пациентите. Обратно средният разход за текуща издръжка на 1 легло е 7454 лева и е от 2 до 5 пъти по-нисък от същия показател на останалите видове стационарна медицинска помощ. По-нисък е също средният разход за текуща издръжка на едно легло ден – 26,07 лева и също разхода за един лекарство-ден – 2,23 лева – по-нисък от 5 до 12 пъти от аналогичните показатели за останалите стационарни лечебни здравни заведения.

таблица N:7 **Икономически показатели за дейността на групите
лечебни заведения за болнична помощ за периода 2008 - 2011 г.**

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

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

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

Стойностите на лекарство-деня в ЦПЗ се запазват по-високи в сравнение с ПБ, което се дължи на системата за финансиране на преминал болен.

VI. ОБЕКТИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ

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

ЦПЗ гр. Враца е лечебно заведение за амбулаторна и стационарна специализирана психиатрична помощ.

ЦПЗ -гр. Враца разполага с леглова база от 40 легла.

Най-общо, болницата извършва активно издирване, диагностициране, лечение, наблюдение и рехабилитация на болни с психични заболявания. Планово се приемат още и лица, които са с алкохолни и неалкохолни наркомании, личностни разстройства, умствена изостаналост, епилепсии и други, за клинично наблюдение и изследване, насочени от специализирана ТЕЛК за психиатрични болести и за съдебно-психиатрично освидетелстване. Предстои изграждане на Дневен център и Защитено жилище за предоставяне на социални услуги на лица с психични разстройства и зависими пациенти. Значителна част от финансовите разходи, които болничното заведение извършва, заемат тези за лекарства и медикаменти.

Таблица 8 SWOT анализ на ЦПЗ Враца

<i>Силни страни</i>	<i>Слаби страни</i>
✓ Висококвалифициран медицински и немедицински персонал; ✓ Оптимална кадрова структура, отговаряща на Областната здравна карта; ✓ Добър мениджмънт и екипна работа, гъвкавост и адаптивност; ✓ Достатъчно голям обем на специализиране медицински услуги; ✓ Много добри хигиенни условия; ✓ Натрупан многогодишен опит и традиции в психиатричното обслужване в областта; ✓ Натрупан опит в областта на психосоциалната рехабилитация на лица с тежки психични разстройства	✓ Ограничени финансови възможности за по-гъвкава инвестиционна политика; ✓ Липса на съвременно медицинско оборудване; ✓ Амортизиран транспортен парк; ✓ Все още недостатъчна енергийна ефективност на сградата дължаща се на старата и неефективна локална отоплителна система на течно гориво .
<i>Възможности</i>	<i>Заплахи</i>
✓ Способност за управление на промяната; ✓ Връзки с обществеността (реклама и медийна политика) у нас, вкл. и международно сътрудничество; ✓ Максимално разширяване на пакета здравни (психиатрични)услуги; ✓ Максимално скъсяване на стационарния престой; ✓ Съвместна дейност с други юридически и физически лица, НПО и др.; ✓ Участие в ОПРР; ✓ Изграждане на Дневен център и Защитено жилище за предоставяне на социални услуги на лица с психични разстройства и зависими пациенти.	✓ Неблагоприятни демографски показатели; ✓ Недостатъчно добре работеща икономика и ограничения в спонсорство и дарения; ✓ Неадекватно финансиране; ✓ Ниска покупателна способност на населението;

2. **Държавна психиатрична болница /ДПБ/ „Свети Иван Рилски”** е добре функционираща съвременна психиатрична болница.

ДПБ/ „Свети Иван Рилски” разполага с четири отделения за лежачо болни пациенти с общ капацитет от 190 легла.

При приоритетните за здравеопазването разходи за медикаменти и храна за стационара, осезателно се чувства недостига от финансов ресурс.

Лекарствената политика е свързана с пазарни оценки на търсенето и предлагането на лекарства, консумативи, оборудване, апаратура и част от услугите, които се предлагат в болниците /предлагане на храна, почистване и др./.

Таблица 9. SWOT анализ на Държавна психиатрична болница „Свети Иван Рилски”

Силни страни	Слаби страни
✓ Единствената градска психиатрична болница за столицата ✓ Установена постоянна необходимост от стационарна психиатрична помощ за около 1600 –2000 болни годишно ✓ Осигуряване на спешна стационарна психиатрична помощ на гр. София ✓ Осигуряване на геронтопсихиатрична помощ ✓ Единствено психиатрично болнично заведение за задължено лечение на психично болни ✓ Задължителен начален етап при структуриране, развитие и поддържане на лечебни програми за социална реинтеграция и поддържане на социалното функциониране на болните в общността	✓ Болницата е наемател на Светия Синод и няма собствен сграден фонд ✓ Значителна отдалеченост от обслужвания контингент: 25-30 км. ✓ Слаба мотивация на обслужвания персонал поради ниското заплащане ✓ Ограничени възможности за квалификация поради статута на обикновена психиатрична болница без да е база за обучение и специализация ✓ Трудно поддържащ се в рамките на финансовите ограничения сграден фонд
Възможности	Заплахи
✓ Постепенна обвързаност на финансовите ресурси с реално извършената дейност; ✓ Натрупване на опит в икономически дейности, които ще съпътстват процеса на едно бъдещо договаряне с финансиращия орган; ✓ Приобщаване към по-пазарни принципи, независимо от това, че здравното заведение ще остане бюджетно финансирано в бъдеще.	✓ Недостиг на финансови ресурси; ✓ Необвързаност с реалните потребности; ✓ Мултиплициране на съществуващи дефекти от финансирането за минал период; ✓ Липса на стимули за по-висока продуктивност и качество на ✓ Медицинското обслужване;

3. Център за психично здраве със стационар /ЦПЗ/ - София Област

Анализът показва, че и при този стационар се чувства остра нужда от финансови средства за медикаменти и храна, които и при този Център за психично здраве са решаващи за осъществяване на неговата дейност. Предлагането на психично-здравни услуги в ЦПЗ София област е основано на спазването на правата на пациентите, на оценка на техните индивидуални нужди и осигуряване на правото им на избор. В стратегическите цели за психично здраве – 2004 – 2012 г. е залегнало становището, че бъдещата система на психиатрична помощ трябва да бъде адекватно финансирана и икономически ефективна; качеството на медицинското обслужване трябва да отговаря на национално приетите стандарти и добра клинична пътека.

В тази насока е необходимо да се разшири дейността на стационара като се наблегне върху работата на дневния стационар, осъществяване на психосоциална рехабилитация, но при подходяща материална база и адекватно финансиране.

Необходимо е продължаване на работата по разработването и осъществяването на програми и създаването на съответни екипи за ранно откриване и интервенции не само на тежките, но и на по-леките и широко разпространени психични разстройства, но за реализирането на тази цел ЦПЗ София Област не разполага в последните години с финансови средства.

4. Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм /ДПБЛНА/ – Суходол.

Лечебното заведение е специализирано и е предназначено за оказване на здравна помощ на хора с наркоманна и алкохолна зависимост и съдържа в себе си характеристиките на здравните заведения в Република България. ДПБЛНА разполага с две отделения с по 20 легла респективно - за хероинова и алкохолна зависимост, Консултативен диагностичен блок с 2 отделения без легла за метаденова поддържаща програма и отделение без легла за "Дневни грижи".

Заведението осъществява профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация на злоупотребяващи и зависими лица. Лечението се осъществява в насока на наркоманна зависимост, алкохолизъм, алкохолни и наркоманни психози. Основните приложими методи и подходи са скрининг, амбулаторна детоксикация, индивидуална психотерапия и консултация, метаденова поддържаща програма, Програма „Домашен стационар”. Двете отделения, с които ДПБЛНА разполага са за лечение на хероинова и алкохолна зависимост. В базата в Суходол се извършва лечение на наркоманни проблеми, на болни с психични разстройства в резултат на наркомании и алкохолизъм.

VII. Описание на процеса на лекарственото снабдяване

1. Лекарствено снабдяване в Център за психично здраве със стационар /ЦПЗ/ - гр. Враца.

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

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

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

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

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

В условията на икономическа криза виждаме намаления на единните стандарти.

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

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

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

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

Таблица10 Разходи за лекарства на ЦПЗ – Враца

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

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

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

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

2. Лекарствено снабдяване в Държавна психиатрична болница „Свети Иван Рилски”.

Болницата преминава през два етапа на обществено финансиране:

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

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

Предимства на бюджетното финансиране :

- разширяване и уеднаквяване на правата на гражданите при ползване на медицинска помощ;
- създаване на условия за политически контрол върху разходването на средствата;
- интегриране и координиране на всички обществени бюджети в името на целта “Здраве за всички”.

Недостатъци на бюджетното финансиране на ДПБ “Свети Иван Рилски”:

- невъзможност за участие и влияние на потребителя върху здравеопазването;
- липса на механизми за самоуправление;
- бюрократизиране на системата;
- липса на стимули за индивида да опазва собственото си здраве;
- слаби икономически стимули за подобряване на качеството на медицинската помощ и повишаване на производителността на труда.

Разходите за медикаменти в болницата през последните години имат следния вид:

Таблица 11 Фактически и касови разходи за медикаменти . в **Държавна психиатрична болница „Свети Иван Рилски”**

Параграф 11	Касови разходи	Бюджетни средства	Извънбюджетни средства	Общ факт. разход
2010	157 734	108 473	32 090	140 563
2009	58 781	125 671	15 149	140 820
2008	182 934	198 477	19 539	218 016
2007	174 184	151 823	7 794	159 617

По отношение на отпуснатите бюджетни средства, най-благоприятна е била 2008 г. /198 477 лв./, докато общият фактически разход има стойност 218 016 лв.

Средният разход на 1 лекарство-ден /изчислен на база общите легло дни за 2007 г. – 81 553/, намалява.

Същият показател, изчислен за 2006 г. на база на общите легло дни за същата година, е 82 339, а за 2008 г. средният разход на 1 лекарство-ден се увеличава при брой легло дни 82 899.

Стойностите за съответните години показват една сравнително добра обезпеченост с медикаменти.

Лекарство-денят за болницата, сравнен с този на останалите държавни психиатрични стационари е със средни стойности.

Табл. 12 Стойностите на лекарство-деня по години

Година	касови р-ди /лв./		факт. р-ди /лв./
2010	2.18		1.95
2009	0.77		1.84
2008	2.37		2.82
2007	2.14		1.96

Средният разход на 1 лекарство-ден /изчислен на база общите леглодни за 2010 г./ се увеличава, стойностите за съответните години показват една сравнително добра обезпеченост от медикаменти. Лекарство-деня за болницата, сравнен с този на останалите държавни психиатрични стационари е малко под средните стойности. Невъзможността на този етап да се разкрие болнична аптека, води до индиректно увеличение на оперативните разходи за всяка доставка на медикаменти – заплащат се 10% за обработка на лекарствени листове и табели на 5-та МБАЛ. В рамките на годината са изплатени 12 хил. лева.

3. Лекарствено снабдяване в „Център за психично здраве със стационар – София област” ЕООД.

Предлагането на психично-здравни услуги в ЦПЗ е основано на спазването на правата на пациентите, на оценка на техните индивидуални нужди и осигуряване на правото им на избор. В стратегическите цели за психично здраве – 2004 – 2012 г. е залегнало становището, че бъдещата система на психиатрична помощ трябва да бъде адекватно финансирана и икономически ефективна; качеството на медицинското обслужване трябва да отговаря на национално приетите стандарти и добра клинична пътека.

С оглед подобряване на лекарствената политика в ЦПЗ съществена роля има психологът към „ЦПЗ – София област” ЕООД, който за 2008 г. е провел 70 психологични изследвания с различни методики според конкретните нужди на пациентите, а през 2009 г. техния брой е 75.

4. Лекарствено снабдяване в ДПБЛНА – Суходол.

По отношение на отпуснатите бюджетни средства, най-благоприятна е била 2005 г. /150 161 лв./, докато общият фактически разход има стойност 149 707 лв.

Средната стойност на 1 храноден за 2010 г. е намалял спрямо този показател за 2009 г. с 1.85 лв., което е видно от представената по-долу справка.

Средният разход на 1 лекарство-ден - изчислен на база общите легло дни за 2009 г. спрямо 2008 г., намалява с 0.11 лв.

Табл. 13 Средната стойност на 1 храноден и 1 лекарство-ден

Година	2008	2009	2010
Стойност на 1 храноден	4.88 лв	5.71 лв	3.86 лв
Стойност на 1 лекарство-ден	4.07 лв	3.96 лв	5.74 лв

Същият показател, изчислен за 2010 г. на база 2009 г. се увеличава с 1.78 лв. и е резултат на по-високата бюджетна субсидия за лечебното заведение.

Стойностите за съответните години показват една сравнително добра обезпеченост с медикаменти.



Обобщение на получените резултати

1. Анализът на резултатите от проучването, както за психиатричната помощ в цялата страна, така и за проучените четири психиатрични здравни заведения, показва хронично недофинансиране на психиатричната помощ у нас. Този процес е особено изявен в условията на икономическа криза през периода 2008 – 2011 година.
2. Хроничният недостиг на финансови средства за медикаменти, храна и други текущи нужди пораждаат необходимостта от активна работа по привличане на дарители и спонсори. Приходите от спонсори и дарения представляват около 1,8 % за психиатричните болници и 8,6 % за Центровете за Психично Здраве през 2011 година.
3. Преобладаващо в изследваните психиатрични здравни заведения е институционалното дарителство (дарения чрез фондации и други организации с нестопанска цел. Корпоративното и индивидуално дарителство са с малки обеми.
4. Средният разход за един лекарство-ден през 2011 година възлиза на – 2,23 лв. за психиатричните болници и на 2,86 лв. за ЦПЗ.
5. Фармакоикономическият анализ на цените на ефективните дневни дози на новата генерация антипсихотици представени в таблица N 14 показва, че преобладаващата част от тези антипсихотици значително

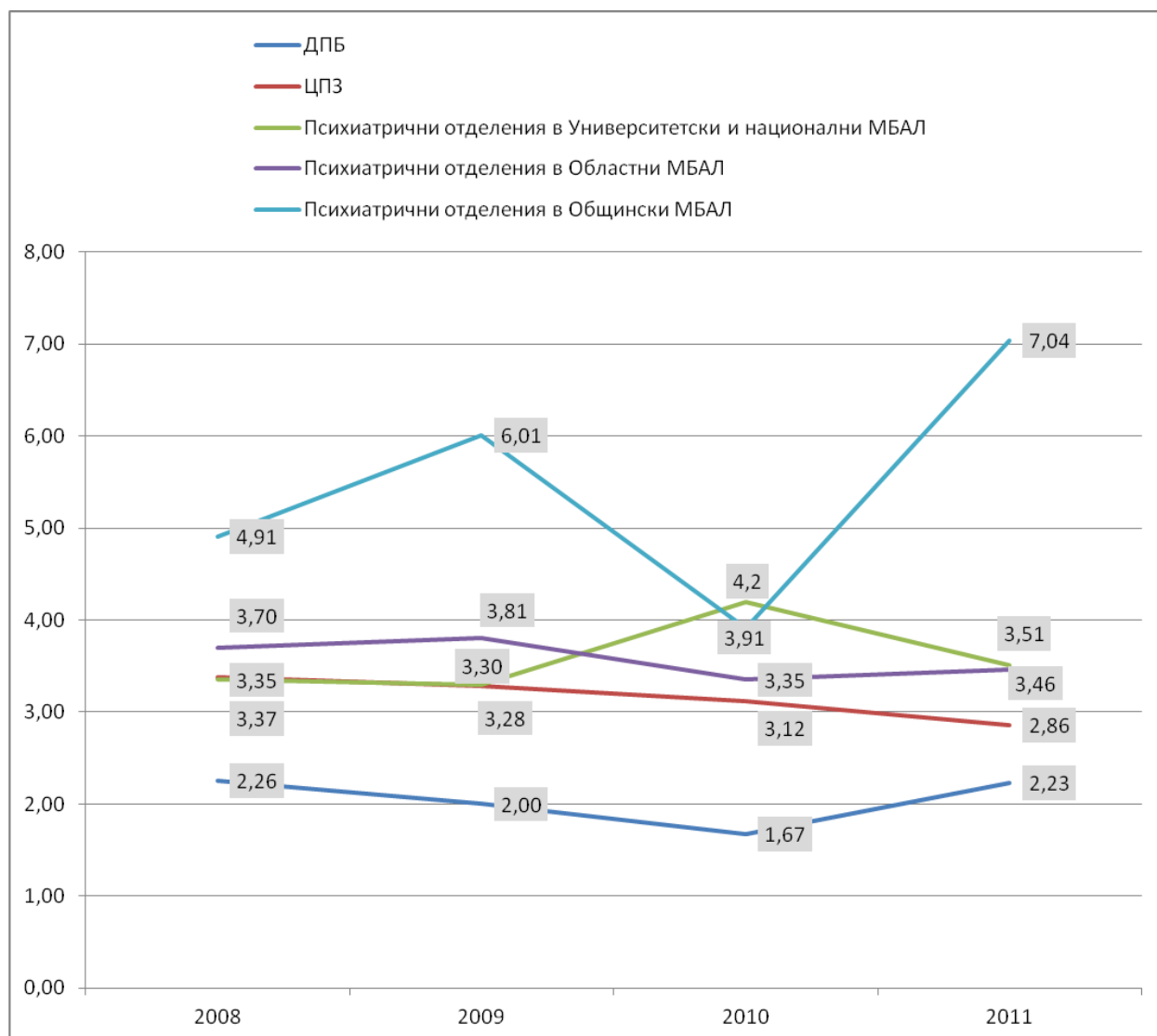
надхвърля средния разход на един лекарство-ден в психиатричните здравни заведения , които за 2011 година възлизат на 2,23 лв.

Таблица N14 Цени на ефективните дневни дози на новата генерация антипсихотици

Международно непатентно наименование /INN/	Количество на активното лекарствено вещество		Окончателна опаковка	Търговец на едро	Стойност за опаковка, изчислена на база референтна стойност	Ниво на заплащане (%)	цена на таблетка	Ефективна антипсихотична доза (цена на ден)
Haloperidol	1,5	mg	50	3,07	3,07	3,07	0,06	
Ziprasidone	40	mg	56	183,97	183,97	183,97	3,29	13,14
Clozapine	100	mg	50	44,04	44,04	44,04	0,88	5,28
Olanzapine	10	mg	30	217,18	85,36	85,36	2,85	8,54
Quetiapine	400	mg	60	446,96	207,88	207,88	3,46	6,93
Amisulpride	400	mg	30	43,79	43,79	43,79	1,46	2,92
Risperidone	4	mg	30	18,05	18,00	18,00	0,60	1,20
Aripiprazole	15	mg	28	211,76	211,76	211,76	7,56	15,13
Sertindole	16	mg	28	221,24	203,39	203,39	7,26	7,26

Сравнението на горепосочените данните демонстративно показва, че средно в страната при този лекарство-ден достъпен би бил само 1 атипичен антипсихотик (Risperidon). Всички други атипичи остават извън възможностите на стационарите.

Фигура 5 Лекарство-ден в различните изследвани психиатрични болнични заведения



Сравнението с цените на дневните ефективни дози на атипичите показва, че само психиатричните отделения към общинските МБАЛ могат да си позволят да работят с 4 атипика, а другите по-нови антипсихотици от втората генерация остават недостъпни и за тях.

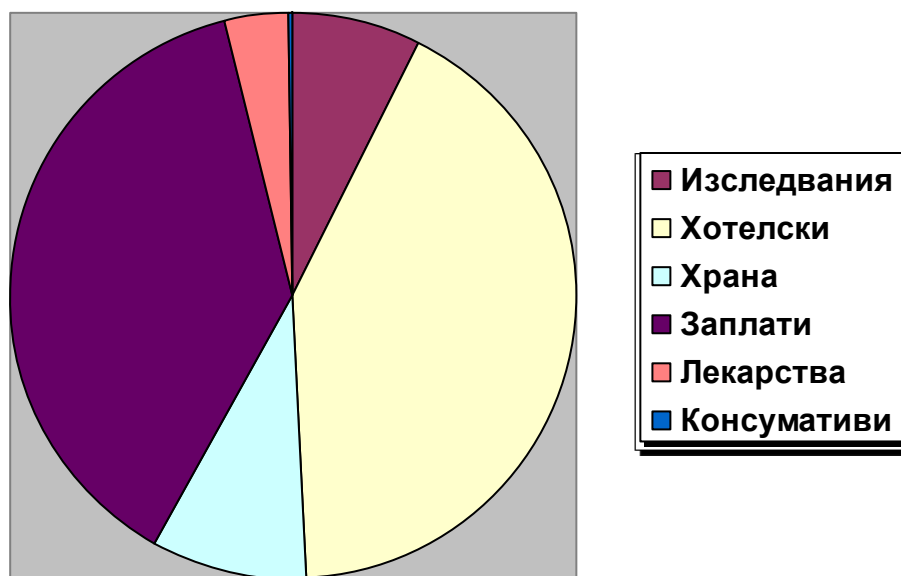
През 2000г. с навлизането на реформата, амбициите на психиатричната общност е 10-15 % от пациентите да се лекуват с атипични антипсихотици. 12 години по-късно ситуацията е раздвоена.

В държавните психиатрични болници този процент е близо 30%, но и над 20% от използваните в болницата атипични антипсихотици са от дарения.

6. Едно изследване // **Г. Койчев, Е. Божкова, 2005/** на съотношението на разходите в психиатрично отделение към МБАЛ „Александровска”София за шест месеца показва при среден престой – **22 дни**, средна използваемост на леглата– **71%** следните средни разходи за един пациент:

- Лекарства – 35 лв. – 3.7%
- Консумативи – 2.50 лв. – 0.3%
- Изследвания – 70 лв. – 7.4%
- Хотелски: $22 \times 18.00 = 396$ лв. – 42%
- Храна: $22 \times 3.80 = 83.60$ лв. – 9%
- Заплати: $22 \times 16.30 = 358.60$ лв. – 37.9%

Фигура 6 Структура на разходите на един пациент



Вижда се, че разходът за лекарства е едва 3,7% от общите разходи за един пациент, което е изключително нисък процент на общия фон.

7. Анализ на механизмите на финансиране за заведенията за психично здраве.

А. Методика „Преминал болен”

- Предимства:

- По-кратък стационарен престой
- Възможност за натрупване на парични резерви при по-голям оборот, което променя лекарствената политика на заведенията

(съотношение на атипични към конвенционални антипсихотици)

- Липса на ограничение от клинични пътеки за лечение на коморбидност.
- Не е необходима осигуреност на пациентите

- Недостатъци:

- Трудности при лечението на пациенти с необходимост от продължителен престой (задължително лечение)
- Липсва отчитане на качеството на лечението, тъй като рехоспитализацията вази само за съответното заведение

В. Методика „Исторически бюджет”

- Предимства:

- Възможност за продължителен болничен престой и лечение (хронични пациенти и задължително лечение)

- Недостатъци:

- Липса на актуализация и увеличаваща се неадекватност на нуждите

Опитът от годините показва, че отпусканите средства са недостатъчни и не могат да осигурят достатъчен достъп на пациентите до съвременните психофармакологични средства. Това е особено валидно за държавните психиатрични болници, при които т.нар. исторически бюджет не може да осигури условия за минимално адекватно лечение, тъй като недофинансирането в някои от тях достига до 60%.

От посочените данни става ясно, че въпреки ниското заплащане механизмът на финансиране по методиката „преминал болен” създава по-добри възможности за лечение на психиатричните пациенти. Поради това всички пациенти, постъпващи доброволно за лечение, независимо от вида на психиатричния стационар, могат да бъдат финансирани на принципа „преминал болен”. Заплащането, обаче може да стане по-обективно и с повече възможности за развитие, ако се базира на остойността на извършените дейности, като към лечебните процедури непременно се включват оценката на качеството на ремисията и удовлетвореността на пациента.

Наложително е въвеждането на отделен начин за финансиране на пациентите на задължително лечение с решение на съда. Тъй като този контингент не може да се ползва с механизма „Преминал болен” подходящо е той да бъде осигуряван от отделни целеви програми.

VIII. Препоръчителен модел на финансиране на психиатрични болници

На базата на гореизложените анализи и като се вземе в предвид спецификата на психиатричните здравни заведения (диагностициране, лечение, финансиране, управление) е необходимо създаване на единен модел на финансиране на психиатричната болнична система, която постепенно да се приобщи към общоприетия модел на финансиране на стационарната помощ.

В противен случай тези болници ще бъдат обречени на постепенно затихване.

Сега на болните се полагат по около 2 лв. за лекарства на ден и още толкова за храна. Лечението, което се осигурява е със стари медикаменти, които нямат предимствата на новите. Болните са с остри или обострени психични заболявания – шизофрения, биполарно разстройство, мании и т.н. В същото време, 20 – 30 % от пациентите са бездомници, които поради заболяването си не могат да се грижат сами за себе си. Някои от тях имат по-скоро нужда от социални грижи, които не ги поема социалното министерство, а ги поемат психиатричните болници.

Ето защо е необходимо следния модел на финансиране:

- Всички пациенти постъпващи доброволно за лечение могат да бъдат финансирани на принципа „преминал болен”, но остойносттаването да става и в зависимост от извършените дейности.
- Едновременно с това, да се въведе оценка на качеството на ремисията при изписването, включва е и страничните явления на медикаментите. Последното би било ефективен стимул за по-широко използване на последните генерации психофармакологични средства.

- Една потенциална възможност за повишаване на ефективността на лекарствената терапия е въвеждането на ролята лекуващ лекар, който участва във всички етапи на лечението на пациента си (в болничната и извън болничната помощ). Това би намалило възможностите за загуби от неоправдани, а дори и по немедицински мотиви промени в терапевтичната стратегия.
- Наложително е отделянето на начин за финансиране на пациентите, на задължително лечение, което в общия случай е най-малко три месеца, с решение на съда.
- Тъй като този контингент не може да се ползва с механизма „Премаинал болен” по-подходящо е той да бъде осигуряван от отделна програма.

IX. Основни изводи

1. Психиатричните заболявания сред населението са важен медицински, социален и икономически проблем. Непрекъснато нарастват, увеличават се при младите групи от населението. Финансовата криза, увеличаващата се безработица и духовното обедняване на българите води до увеличаване на нервните разстройства, особено сред младите хора. Трудното намиране на място за социална реализация допълнително утежнява проблема. През последните години все повече се забелязва тенденцията за увеличаване на сериозните депресии на хората на възраст между 25 и 40-годишна възраст.

2. Финансовите средства, които се предоставят за психиатрична помощ се запазят на едно и също ниво вече редица години.

Причините, поради които парите, които са предоставени за психиатрично лечение през последните години не бележат съществена промяна се дължат на несъвършенствата в дейността на лекарствената политика на държавата, както и пропуските в дейността на НЗОК.

3. Броят на леглата в психиатричните болнични заведения от 2008 г. непрекъснато намалява, поради по-малкото пари, които бюджетът отделя за здравно лечение. В същото време, броят на заболялите и лекувани психично болни хора се увеличава, което слез 2008 г. се запазва като трайна тенденция. Успоредно с това, средният престой на болен за цитирания период в лечебно заведение също намалява.

4. Анализът на резултатите от проучването, както за психиатричната помощ в цялата страна, така и за проучените четири психиатрични здравни заведения, показва хронично недофинансиране на

психиатричната помощ у нас. Този процес е особено изявен в условията на икономическа криза през периода 2008 – 2011 година.

5. Хроничният недостиг на финансови средства за медикаменти, храна и други текущи нужди пораждаат необходимостта от активна работа по привличане на дарители и спонсори. Приходите от спонсори и дарения представляват около 1,8 % за психиатричните болници и 8,6 % за Центровете за Психично Здраве през 2011 година.
6. Преобладаващо в изследваните психиатрични здравни заведения е институционалното дарителство (дарения чрез фондации и други организации с нестопанска цел). Корпоративното и индивидуално дарителство са с малки обеми.
7. Средният разход за един лекарство-ден през 2011 година възлиза на – 2,23 лв. за психиатричните болници и на 2,86 лв. за ЦПЗ.
8. Фармакоикономическият анализ на цените на ефективните дневни дози на новата генерация антипсихотици показва, че преобладаващата част от тези антипсихотици значително надхвърля средния разход на един лекарство-ден в психиатричните здравни заведения , които за 2011 година възлизат на 2,23 лв.
Средно за страната при този лекарство-ден достъпен е бил само един атипичен антипсихотик (Risperidone)
9. През 2000г. амбициите на психиатричната общност е 10-15 % от пациентите да се лекуват с атипични антипсихотици. Поради недостатъчното финансиране в държавните психиатрични болници този процент е близо 30%, но и над 20% от използваните в болницата атипични антипсихотици са от дарения.

10.Разходите за лекарства в психиатричната помощ съставляват едва 3,7 % от средните разходи на един пациент.

11.Анализът на методиката за финансиране на психиатричните стационарни заведения показва, че методът „Исторически бюджет” е остарял и силно неефективен.

12.Препоръчва се същият да бъде заменен с метода „Преминал болен”, който в условията на Центровете за Психични Здраве дава значително по-добри резултати.

ПРЕПОРЪКИ

I. Към Министерство на здравеопазването

1. Всички пациенти постъпващи доброволно за лечение могат да бъдат финансирани на принципа „преминал болен”, но устойчивостяването да става и в зависимост от извършените дейности.
2. Едновременно с това, да се въведе оценка на качеството на ремисията при изписването, включвае и страничните явления на медикаментите. Последното би било ефективен стимул за по-широко използване на последните генерации психофармакологични средства.
3. Една потенциална възможност за повишаване на ефективността на лекарствената терапия е въвеждането на ролята лекуващ лекар, който участва във всички етапи на лечението на пациента си (в болничната и извън болничната помощ). Това би намалило възможностите за загуби от неоправдани, а дори и по немедицински мотиви промени в терапевтичната стратегия.
4. Наложително е отделянето на начин за финансиране на пациентите, на задължително лечение, което в общия случай е най-малко три месеца, с решение на съда. Тъй като този контингент не може да се ползва с механизма „Преминал болен” по-подходящо е той да бъде осигуряван от отделна програма.

5. Към ръководителите на психиатричните здравни заведения

1. Активна работа по привличане на спонсори и дарители от корпоративно, институционално и индивидуално естество.
2. Участие в международни проекти и програми касаещи спецификата на проблема

ПРИНОСИ

Приносният характер на дисертационната разработка следва да се разглежда в следните няколко направления.

1. На базата на богат литературен материал, предимно на латиница е разгледан положителния опит на някои развити страни и е направено съпоставяне с опита на България в областта на лекарство снабдяването.
2. Направен е критичен анализ на действащата лекарствена политика в здравеопазването у нас.
3. Направен е анализ и е описана характеристиката на лекарствената политика на четири психиатрични болници у нас в условията на финансова криза.
4. За първи път у нас е разработен препоръчителен модел за финансирането на лекарство снабдяването на психиатрични болници.

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ

1. Калоян Стаменов, Оригинално лекарство или генеричен аналог?
Здравна политика и мениджмънт, 2011, том 11, бр.1
2. Калоян Стаменов, Теория на полезността в здравеопазването
Медицински меридиани, 2011, том 2, бр.3
3. Калоян Стаменов, Оценяване на функциите на търсенето в сферата
на здравеопазването, Здравна политика и мениджмънт, 2011, том 11,
бр.2
4. Калоян Стаменов, Основен метод на икономиката на
здравеопазването-методът „Разход-Полза” Здравна политика и
мениджмънт, 2012, том 12, бр.1