



**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**  
**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

---

---

**КОНЦЕПЦИЯ ЗА ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ НА  
БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ НА РЕПУБЛИКА  
БЪЛГАРИЯ**



**гр. София**  
**Ноември 2009 г.**

# **КОНЦЕПЦИЯ ЗА ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ НА СИСТЕМАТА ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

Настоящата концепция изразява волята на Правителството на Република България за реструктуриране на болничната помощ с цел осигуряване на достъп на населението до качествена медицинска помощ и своевременна спешна помощ в лечебни заведения с ресурсна осигуреност и кадрова обезпеченост.

Направен е обзор на текущото състояние на болничния сектор, наличните слабости и недостатъци в практиката и организацията на сектора до този момент. На тази база са очертани първите стъпки и насоки за реструктуриране на сектора с цел подобряване здравното обслужване на населението, гарантиране стабилността на болничните структури и постигане на по-добра ефективност на здравната система.

Концепцията за реструктуриране на системата за болнична помощ ще послужи като основен документ в процеса на планиране и адекватно усвояване на публичните и европейски средства.

## **Общи положения и текущо състояние на болничния сектор**

На територията на страната болничната помощ се осъществява от лечебни заведения, в основната си част търговски дружества, собственост на държавата, на общините и/или на частни лица.

**Общинските (местни) болници** са еднолични търговски дружества, създадени чрез преобразуване на съществуващите до 2000 г. публични болнични здравни заведения, собствеността върху капитала, на които е придобита от общината, на чиято територия се намира и функционира търговското дружество.

Дейността на общинските болници е свързана с обслужване предимно на населението в рамките на населеното място – център на общината и прилежащите по-малки населени места. Значителен поток от пациенти се насочва към областните болници, тъй като последните не изпълняват медицински дейности по всички специалности.

Проучванията на Министерството на здравеопазването и на Световна банка показват, че в страната са обособени две големи групи общински болници – болници, обслужващи територия с население между 25 000 и 40 000 души и болници, обслужващи територия с население над 40 000 души. Първата група общински болници изпълняват медицински дейности по специалностите вътрешни болести, акушерство и гинекология, педиатрия и хирургия. Втората група общински болници оказват

медицински услуги предимно по специалностите вътрешни болести, акушерство и гинекология, педиатрия, хирургия, неврология, анестезиология и интензивно лечение и спешна помощ. В редки случаи тези болници изпълняват дейности и по други специалности, когато в населеното място има съответни специалисти.

В резултат от преобразуването на съществувалите до 2000 г. публични здравни заведения са създадени и специализирани лечебни заведения – **диспансери**, които са търговски дружества с общинска или държавна собственост/ 3 диспансера са собственост на Министерство на здравеопазването/. От всички диспансери 12 са психиатрични, 12 са онкологични, 13 са белодробни и 11 са кожно-венерологични. Почти всички диспансери имат и легла за стационарно лечение.

**Областните (регионалните) болници** са лечебни заведения – търговски дружества, създадени чрез преобразуване на съществувалите до 2000 г. публични болнични здравни заведения. Собствеността върху капитала им е придобита от държавата, а останалата част (до 49%) - от общините на територията на областта, чието население лечебното заведение обслужва. По този начин всички общини от областта са акционери в зависимост от броя на населението на общината. Това разпределение е израз на преобладаващото държавно участие и на по-малкото участие на всяка община при финансиране и организиране на болничната медицинска помощ на територията на областта.

Областните болници обслужват както населението от административния център на областта, така и населението на общините, включени в съответната област, а в някои от тях се обслужва население и от други области. Областните болници са 26 на брой – по една във всички областни градове, с изключение на София и Плевен.

Съществуват и **държавни** болници – търговски дружества, както и такива, които не са търговски дружества. Те предоставят високоспециализирани и високотехнологични медицински услуги. Създадени са в резултат на преобразуване на публични болнични структури, чиято собственост върху капитала е преминала изцяло към държавата.

Държавните болници в по-голямата си част осъществяват медицински дейности за пациенти от цялата страна и особено на най-тежките състояния.

**Частни болници** – лечебни заведения за болнична помощ, които са регистрирани като търговски дружества, собственост на частни лица.

### **Организационни слабости на болничния сектор**

За системата на болничното обслужване в страната се констатира следните основни организационни слабости:

## **1. Пренаситеност на системата с болнични лечебни заведения за активно лечение**

По данни на Националния център за здравна информация към Министерство на здравеопазването /НЦЗИ/, потвърдени и от анализите на Световна банка, се очертава тенденция за увеличаване броя на лечебните заведения за болнична помощ в страната, особено през последните няколко години. Този процес се дължи на бързото нарастване на броя на частните болници. През 2007 г. общият брой болници е 292, през 2008 г. – 309, а към момента – над 340. Осигуреността с болници на 100 000 жители през последните няколко години варира между 3.8 и 4.62 в сравнение със средно 3.0 – за страните от Европейския съюз (ЕС). Ако се прибавят и действащите 46 диспансера с легла за стационарно лечение, общият брой на лечебните заведения за стационарна медицинска помощ надхвърля 388, което повишава впечатляващо показателя за осигуреност с болнични лечебни заведения.

В същото време броят на леглата последователно е съкращаван във всички видове болници с цел оптимизиране на болничните структури. Осигуреността с легла е 59,6 на десет хиляди жители и е близка до средната стойност за страните от ЕС. Същевременно, от тях 5,3% са за интензивно лечение, 77,3% - за активно лечение, 16,8% - за долекуване и продължително лечение.

Използваемостта на леглата достига до 80% за повечето лечебни заведения, с тенденция за бавно увеличаване. Това е относително добра стойност на този показател.

Средният престой бележи тенденция към снижаване до около 6-7 дни. По този показател Република България достига стойностите за страните от ЕС.

Годишният брой на хоспитализираните лица показва трайна тенденция към увеличаване през последните няколко години. През 2008 г. броят на хоспитализациите нараства с повече от 30 % в сравнение с 2000 г., въпреки намалението на леглата. Показателят “хоспитализирани на 100 човека население” е 23.9 за Република България и 17.9 за ЕС.

В заключение, се констатира наличие на необосновано **голям брой болнични лечебни заведения**, преобразувани от публични здравни заведения на бюджетна издръжка в търговски дружества с държавно и/или общинско участие в капитала. Допълнително е допуснато регистриране на частни болници чрез лесно преодолим разрешителен режим. Това състояние е регулирано и от Националната здравна карта /2005 г./, в която е определен необходимият минимален брой лечебни заведения по региони, без задаване на ограничения по отношение на техния максимален брой. Отсъствието на ясна регламентация и регулация на болничната медицинска помощ на практика блокира реформата в този сектор на здравеопазването. Силно ограничена е практиката на отказ или отнемане на разрешение за дейност на болничните лечебни заведения, поради неясна и недостатъчна регулация. Очевидно на този етап от развитието на

здравеопазването целта е била бързо създаване и поддържане на структури за болнична помощ за пациентите и снижаване на риска от недостатъчността ѝ за тях.

## **2. Допълнително натоварване на болничните лечебни заведения, поради нерегулирани връзки и взаимоотношения с подсистемата за извънболнична медицинска помощ**

Главна причина за това са несъвършенствата в организацията на извънболничната помощ, нарушената връзка, координация и приемственост с подсистемата за болнична медицинска помощ, неизпълнението от страна на общопрактикуващите лекари на договорните им задължения за 24-часово обслужване, неравномерното разпределение на общопрактикуващите лекари в областите на страната, отсъствието на достатъчни стимули по места за разкриване на първични и специализирани практики и осигуряване на качествена извънболнична медицинска помощ. В резултат - значително се увеличава потокът от пациенти към специализирано медицинско обслужване и хоспитализация в болнично заведение. Болничната система допълнително се натоварва с пациенти, чието състояние не е било овладяно в системата на извънболничната медицинска помощ. Заради некачественото извънболнично лечение голям процент от тези болни достигат и до високоспециализираните и високотехнологичните държавни болници.

Някои болнични лечебни заведения за активно лечение изпълняват и функции като палиативни грижи, долекуване, продължително лечение и продължителна рехабилитация. Констатира се случаи на свръхизползване на болнични лечебни заведения, поради липса на алтернативни заведения за пациентите, нуждаещи се от по-специфични и продължителни медицински грижи. Проблемът за долекуването, продължителното лечение, палиативните грижи и продължителната рехабилитация има своята специфика както по области, така и по общини, което изисква ясно регламентиране и регулиране на тези проблеми на местно равнище под методичното ръководство на централната власт.

## **3. Диспропорции по отношение на лечебните заведения за болнична помощ**

Диспропорциите се отнасят до: броя, географското положение, характера на дейността, организацията на болничните лечебни заведения в страната и ресурсната обезпеченост на лечебните заведения за болнична помощ в различните области.

Анализът показва, че например през 2008 г. в област Ловеч със 153 474 жители и в област Перник със 137 449 жители има съответно по 7 и 6 болници. В област Смолян функционират 8 болници при население от 126 536 жители. Ако страната бъде разделена условно на шест големи региона - Северозападен, Северен централен, Североизточен, Югозападен, Южен централен и Югоизточен - то всеки от тях разполага с 28 до 91

болници. Например в Южния централен регион с население около 1.5 млн. жит. има 17 болници с по-малко от 50 легла. В София-град и София-област са съсредоточени 102 болници.

В същото време съществуват значителни несъответствия между отделните региони. По отношение на останалите области в страната се констатира неравномерно разпределение на дейностите по медицински специалности спрямо потребностите на населението от болнично медицинско обслужване. Северният централен, Северозападният и Югоизточният региони не разполагат с болница, отговаряща на изискванията за висока технологичност и висока специализация по всички медицински специалности.

В отделни административни области на страната се отчитат едновременно концентриране на заведения за болнична помощ, свърхпредлагане на някои медицински услуги, недостатъчна натовареност на медицинската апаратура и дублиране на дейности. В резултат персоналът се деквалифицира, а пациентите се насочват към други и различни лечебни заведения за получаване на необходимата висококвалифицирана медицинска помощ. Особено остро това се регистрира по отношение на местните болници. Те от една страна извършват дейности, характерни за извънболничната помощ, съобразно нуждите на населението, а от друга – дублират дейности, осъществявани и в областните болници, при по-ниско качество и обем.

#### **4. Неравномерна обезпеченост с медицински специалисти**

До 1990 г. в здравната система осигуреността с медицински персонал на 10 000 жит. се оценява като сравнително добра – 32,9 лекари, 7,0 лекари по дентална медицина, 102,0 медицински сестри и акушерки.

През 2008 г. осигуреността с лекари в страната на 10 000 жители е 36,1, а с лекари по дентална медицина – 8,3. Показателите не са променени съществено. Констатира се обаче значителни междуобластни различия в осигуреността с лекари – от 47,8 на 10 000 жители в София до 23,5 на 10 000 жители в Ямбол.

Броят на специалистите по здравни грижи е намалял почти наполовина през 2008 г. и осигуреността е 63,6 на 10 000 жители. През 2008 г. осигуреността е 2 пъти по-ниска от средната за ЕС. Съотношението „лекари:медицински сестри” е 1:1 при 1:2.26 в страните от ЕС.

Крайно неравномерно е разпределението на специалистите по региони, области и вид медицински специалности. През последните няколко години приемът на студенти по медицина е относително постоянен, но поради процесите на нарастваща миграция се очертава недостиг на лекари в страната. Тенденцията сочи тревожно намаляване на специалистите по нефрология, пневмология и фтизиатрия, анестезиология, акушерство и гинекология, ушно-носно-гърлени (УНГ) болести, психиатрия, образна диагностика, клинична лаборатория, спешна медицина, епидемиология и инфекциозни болести, патологоанатомия,

съдебна медицина, неонатология и др. Недостигът на специалисти е особено осезаем в малките населени места, което допълнително задълбочава проблемите. Тази тенденция е още по-силно изразена по отношение на специалистите по здравни грижи.

## **5. Финансиране на болниците**

Всички изброени по-горе слабости се отразяват изключително негативно върху финансовото състояние и управление на болниците – държавни и общински търговски дружества. Средствата за здравеопазване в Република България, а и в световен мащаб, са ограничени. Практиката показва, че у нас по-голяма част от ресурсите се разпределят за финансиране на болничната помощ. По-малко са средствата, отделяни за дейности в извънболничната помощ.

Основен проблем на здравеопазването в световен мащаб е противоречието между лимитирани финансови ресурси и реално увеличаващите се разходи за здраве в резултат на демографски промени, нарастващи потребности и непрекъснато въвеждане на нови, все по-скъпи методи на диагностика и лечение. Във всяка държава политиките са изправени пред дилемата как по възможно най-добрия начин да използват ограничените средства. Как да повишат качеството на здравните услуги, да подобрят взаимодействието между отделните компоненти на здравната система и между различните участници в процеса на предлагане и потребление на здравните услуги и стоки. Предизвикателството е как да осигурят достатъчна финансова устойчивост на здравната система. Тежестта на проблема се формира от следните обстоятелства:

- Средствата за болнична помощ са ограничени.
- Иновациите в здравеопазването въвеждат в експлоатация нови и все по-скъпи методи на диагностика и схеми на лечение.
- Текущото на кадри.
- Трудностите при поддържане на квалификацията и специализацията.
- Проблеми с подбора на ръководни екипи по отношение на организацията на работа, корупционни практики, изисквания за квалификация и опит, проблеми на кариерата.
- Динамика на здравните потребности.
- Проблеми на организацията, координацията и контрола, както в методологичен, така и в технологичен аспект.
- Блокиране на реформата в болничния сектор още със стартиране на здравноосигурителната система.

От преобразуването на областните болници през 2000 г. размерът на субсидиите от бюджета на Министерството на здравеопазването за капиталови разходи на областните лечебни заведения с държавно и общинско участие в капитала по години е както следва:

- 6 124 638 лв. за 2000 г.;
- 4 184 000 лв. за 2001 г.;
- 2 665 913 лв. за 2002 г.;
- 5 067 312 лв. за 2003 г.;
- 4 846 950 лв. за 2004 г.;
- 2 952 541 лв. за 2005 г.;
- 9 066 645 лв. за 2006 г.;
- 25 965 836 лв. за 2007 г.
- 36 509 577 лв. за 2008 г.;
- 17 670 338 лв. за 2009 г.
- **115 053 750 лв. - общо за периода.**

Преобладаващата част от тези разходи са за основен ремонт на сградния фонд на болниците и за закупуване на медицинска апаратура.

С изключение на единични случаи участието на общините в издръжката на болничните лечебни заведения е по правило символично. През годините от общините не са предоставяни почти никакви средства, поради спецификата на нормативната база и недостатъчност на приходоизточниците от местни данъци и такси. Има отделни случаи, които не са предизвикали съществено отражение върху финансовото състояние на болниците. Повечето общини изобщо не са отделяли средства за инвестиране в тези болници.

По отношение на общинските болници е налице трайна тенденция към намаляване на отделяните средства за издръжка и инвестиции в т.нар. местни болници. Описаното състояние очертава финансирането и издръжката на болниците като един от основните проблеми и приоритети за решаване. Той е отражение и на останалите посочени организационни слабости на системата на болничната помощ.

**Представеният дисбаланс в системата на болничната помощ очертава потребността от реструктуриране на болничната помощ като основен приоритет на здравната система в Република България.**



## **ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ**

Насоките за реструктуриране на болничната помощ и ефектите от тяхното реализиране са в контекста на възможността за използване на фондове и средства от оперативни европейски програми. Те са съобразени с намеренията на Правителството за реформа в болничната сфера.

Цялостната политика по секторно разпределение и управление на публичните средства за периода 2010-2017г. предвижда комплексна реформа в болничната сфера на територията на цялата страна. Тя ще се реализира на базата на критерии за оценка на лечебните заведения за болнична помощ, относно:

- наличие на 24 часово разположение на квалифициран кадрови ресурс от специалисти,
- наличие на структурни звена, медицинска апаратура и оборудване на територията на лечебното заведение,
- съответствие с медицинските стандарти за реализиране на отделните видове дейности в болниците.

На тази база е направена и комплексна оценка за осигуреност със спешни медицински звена в районите без непосредствена близост до лечебни заведения за болнична помощ, с цел своевременно осигуряване на медицинската помощ на населението и транспорт при необходимост. Следващ етап от концепцията е свързан с развитие на дейностите за долекуване и продължително лечение, съобразно търсенето, здравната и демографска специфика на населението на територията на Република България.

С настоящата концепция се предвижда средствата от европейските фондове да се насочат към лечебни заведения доказали, че са с потенциал да запазят своята финансова стабилност и да гарантират както ефективност на използване на обществените ресурси, така и съответствие с изброените критерии за предоставяне на качествена медицинска помощ.

### **Главна цел:**

**Осигуряване на равен и справедлив достъп на населението до всички видове болнична медицинска помощ, високо качество, ефективно разпределение на обществения ресурс за здравеопазване.**

### **Подцели:**

- Гарантиране на равен достъп и високо качество на всяко ниво на болничната медицинска помощ
- Гарантиране на равен достъп до високотехнологична и високоспециализирана болнична медицинска помощ в съответствие със съвременното развитие на медицината

- Гарантиране на адекватно териториално разпределение на лечебните заведения за болнична медицинска помощ;
- Мобилизиране на публично-частното партньорство за удовлетворяване на разумните потребности от болнична медицинска помощ за населението на територията на всеки административен район
- Предлагање на висококачествени медицински услуги на ниво административни райони
- Осъществяване на комплексна и висококачествена диагностика близо до потребителя
- Постигане на по-голяма ефективност при оказване на спешна медицинска помощ.

**Целта и подцелите са изведени въз основа на оценка и анализ на:**

- социално-икономическата характеристика на регионите;
- спецификата в демографската структура и заболяемостта;
- потребностите и търсенето на болнична медицинска помощ от страна на населението;
- материално-техническите, човешките и финансовите ресурси и възможности на действащите лечебни заведения за болнична помощ;
- съпоставяне с осреднените европейски показатели.

Концепцията за реструктуриране на болничната помощ се базира на Болничен генерален (Мастер) план за реструктуриране, изготвен съвместно от експерти на Световната банка, експерти от МЗ и страната през 2008 г., в който е използван и опита на добри Европейски практики.

**Философия на реструктурирането на болничната помощ:**

В съответствие със съвременните медицински стандарти и препоръките на Световна банка се цели: гарантиране на медицинска помощ на населението с ясно формулирани в качествено отношение дейности, материално-технически условия и изисквания към човешкия ресурс. Целта ще бъде постигната чрез интегриран подход към комплексното извънболнично и болнично обслужване, за осигуряване на равен достъп до всички видове помощ – спешна, неотложна, краткосрочна и продължителна хоспитализация в рамките на необходимото и достатъчно време за възстановяване и поддържане на оптимално здравно състояние.

***I. Общински болници***

***Реструктурирането на общинските болници е в зависимост от решението на органите на местното самоуправление, доколкото общинските лечебни заведения не са включени в забранителния списък по Закона за приватизацията и следприватизационен контрол.***

Оценката за необходимостта от реструктуриране на общинските болници се извърши на базата на мониторинг на съответствие на техните структури с медицинските стандарти и собствената им кадрова обезпеченост. Там, където липсват структурите или не съответстват на медицинските стандарти могат да бъдат обособявани звена за долекуване и продължително лечение в рамките на общинската болница.

На този етап има 39 общински болници, при които след мониторинга извършен на базата на данни от НЗОК за 2009 г. се идентифицира устойчивост и възможности за развитие като болници за активно лечение. Разполагат с добро ресурсно обезпечаване на дейността, която е развита в болницата и имат потенциал за осигуряване на достъпно и достатъчно болнично лечение не само на населението от собствения район на обслужване, но и от прилежащите им съседни райони /Приложение 1, 1а/.

**Във връзка с реструктурирането на общинските болници водещ приоритет на това ниво е ресурсното обезпечаване на спешната медицинска помощ в технологичен и кадрови аспект за осигуряване на качествено медицинско обслужване на спешни случаи и случаите с медицински и пътен травматизъм. Приоритет е осигуряването на медицински транспорт и качество на обслужването на спешните случаи до структури на болничната помощ /в приложение 1, 1а/, или при необходимост на следващо ниво, които имат ресурс за осигуряване на качествена медицинска помощ по съответния медицински проблем. В страната има общо 198 филиала за спешна медицинска помощ, от които 144 са в населени места, разположени в прилежащите райони на посочените лечебни заведения в приложение 1-1а/, които ще се докомплектоват ресурсно, с оглед осигуряване на посочените функции. /Приложение 2/**

## ***II. Областни болници***

Предвижда се областните болници да бъдат модернизирани и да предлагат качествени медицински услуги по всички терапевтични и хирургични специалности и задължително да имат структури за интензивно лечение, УНГ, урология, ортопедия и травматология, неонатология, психиатрия, кардиология, гастроентерология, нефрология, рехабилитация, хемотрансфузиология и спешно отделение. Областните болници осигуряват затваряне на пълния технологичен цикъл на болничното обслужване в рамките на областта, което е в подкрепа на политиката за равен достъп до висококачествена, специализирана и високоспециализирана медицинска дейност за всички граждани. Предвижда се една областна болница да обслужва средно население от 150 000 до 300 000 жители. Развитието на областните болници е съобразено и с други изисквания - времето за транспорт да бъде в рамките на 30 до 60 минути.

При реализирането на горните параметри се подобрява структурата на спешната помощ по две направления: изграждане и/или оптимизиране на спешни приемни отделения с готовност за обслужване на спешни случаи и пътен травматизъм, и подобряване на състоянието на медицинския транспорт както като количество, така и като качество. В областните спешни приемни отделения следва да се осигури оборудване и квалифициран персонал за покриване на спешността за всякакъв вид медицински случаи, съответстващи на разкритите в болницата медицински специалности. Необходимо е осигуряването на 24 часов прием по всички основни специалности.

Предлаганите подобрения в организацията на обслужването, медицинското оборудване и специализиран медицински транспорт ще доведе до подобряване на достъпа и повишаване на качеството в спешната медицинска помощ на всяко ниво – филиали на спешна медицинска помощ и спешни приемни отделения.

### ***III. Високотехнологични болници***

Предвижда се създаване на „**Високотехнологични болници**”. Досегашните 28 области на здравно обслужване, съответстващи на административно-териториалното разделение на страната, се разпределят в шест функционално обособени здравни района, които съответстват на районите ниво 2, съгласно чл. 4, ал. 3 от Закона за регионалното развитие (наричани по-нататък в текста „еврорегиони”). Приема се, че най-подходящо за организация, планиране и управление на дейността на териториалната система от болнични лечебни заведения е разделянето на Северозападен, Северен централен, Североизточен, Югозападен, Южен централен и Югоизточен. Те съответстват на икономическите райони за планиране и отговарят на изискванията на Европейския съюз за административно и териториално разделяне на страната.

Създаването на високотехнологични болници има за цел:

- предлагане на еднотипни специализирани, високоспециализирани и високотехнологични медицински дейности и услуги на нивото на областните и високотехнологичните болници;
- постигане на унифициране на качеството и условията на предоставяне на болничните услуги, оказвани във всички области, допринасящо за равенството при достъпа на населението;
- намаляване на различията между отделните еврорегиони по отношение на медицинските специалности и наличното високотехнологично оборудване.

В момента съществуват значителни несъответствия между отделните еврорегиони в страната. В три от тях има лечебни заведения, които са с параметри, близки до параметрите за високотехнологични болнични

структури, и с капацитет за поемане на политравматизъм и спешни състояния (трите еврорегиона практикуват високотехнологични специалности и са оборудвани с: 14 от 20-те компютъризирани ангиографа, налични в страната, 10 ядрено-магнитни резонанса от 12 налични). В три от шестте еврорегиона (Северозападен, Северноцентрален и Югоизточен) няма болница, близка до параметрите на високотехнологичните болнични структури. Ето защо, към тях следва да се насочи значителен финансов ресурс за осигуряване на достъп на населението до високотехнологични болнични услуги.



Подходи за определяне на параметрите на високотехнологичните болници:

- Високотехнологичната болница лекува пациенти, които са насочени или преведени от областните болници в региона.
- Високотехнологичната болница извършва дейностите, които се изпълняват от многопрофилната областна болница плюс високотехнологична дейност при условия на ефикасност и управление на качеството. Целта е да се избегне дублирането на дейности и добра координация.

#### **Предвиждания относно структури и специалности:**

**Спешно приемно отделение** - с интензивен сектор, стационарна част за 6-24 часов престой, пълен лабораторно-диагностичен блок, всички видове образна диагностика (вкл. позитронно-емисионен томограф с

компютър томографски рентгенов скенер, и ядрено-магнитен резонанс), структура за еднокдневна хирургия и инвазивна кардиология. В спешните приемни отделения е необходимо наличие на самостоятелни екипи от висококвалифицирани кадри за обслужване на пациентите.

#### **Стационарен блок:**

Структури за всички терапевтични и хирургични специалности разкрити на ниво областна болница и още:

- високотехнологични специалности и дейности като - сърдечна и съдова хирургия, неврохирургия на главния мозък и периферна нервна система, гръдна хирургия, лъчелечение, пластично-възстановителна хирургия, неврофизиология, лечение на изгаряния, онкология, ядрена медицина, трансплантации, интервенционална кардиология, токсикология, детска кардиология, неонатология, детска хирургия, ортопедия и др.

В тези болници може да се извършва **учебна и научна дейност**, което би допринесло за подобряване на системата за специализация и продължителна квалификация на медицинския персонал. Някои специализирани високотехнологични терапевтични и хирургически дейности могат да бъдат въведени във всеки еврорегион и на между-регионално ниво в зависимост от броя на обслужвания контингент. Броят на структурите ще зависи също и от наличието на специализирани кадри.

#### **Лъчелечение**

При анализа на ресурсите за високотехнологични дейности и изследвания в страната се налага извода, че Република България показва относително добро ниво на оборудване с изключение на ядрено-магнитния резонанс и лъчелечението. Същевременно е констатирано обстоятелството, че населението в различните региони има неравнопоставен достъп до тях (в София, Пловдив и Варна е концентрирана голяма част от тази апаратура).

Предвид тези обстоятелства наложително е оборудването със съвременна високотехнологична апаратура на три държавни структури, които извършват дейност по лъчелечение и химиотерапия и имат необходимият човешки ресурс за това /Приложение 3/.

Тъй като високата медицинска технология е важен фактор за подобряване на здравния статус на населението, но същевременно и една от основните причини за нарастване на разходите за здравеопазване, ще се въведе контрол при управлението на процесите по снабдяване и прилагане на нови медицински технологии.

В представения от Световна банка Мастер план са показани потребностите и състоянието на няколко категории медицинско оборудване в България, на базата на възприети Европейски норми. Те са основа за контрол и управление на процесите по снабдяване с нови медицински технологии.

**Коефициенти, прилагани в различните европейски страни, и необходимия брой апарати за Република България**

	<b>Европейска категоризация</b>	<b>Необходим брой апарати (ниска категория)</b>	<b>Необходим брой апарати (висока категория)</b>
Ядрено-магнитни резонанси	между 5 и 10 апарата на милион население	38	77
СТ скенери	между 10 и 19 апарата на милион население	77	146
Мамографи	Около 20 апарата на милион население	154	
Апарати за лъчелечение	между 4 и 5 апарата на милион население	31	39
Ангиографи	между 3 и 4 апарата на милион население	23	31
Литотриптери	между 1 и 2 апарата на милион население	8	16
Хемодиализни апарати	между 40 и 45 апарата на милион население на възраст между 15 и 59 години между 200 и 223 апарата на милион население на възраст 60 години и повече	478	536

Източник: Болничен генерален „Мастер план” 2008 г., Световна банка; договорен проект за реформиране на здравния сектор

**Състоянието и потребностите от високотехнологична апаратура по еврорегиони са илюстрирани в следващата таблица:**

Региони	Литотриптери		Ядрено-магнитни резонанси		Апаратура за лъчелечение		Ангиографи		СТ скенери	
	Настояща ситуация /брой	Бъдеща ситуация /брой	Настояща ситуация /брой	Бъдеща ситуация /брой	Настояща ситуация /брой	Бъдеща ситуация /брой	Настояща ситуация /брой	Бъдеща ситуация /брой	Настояща ситуация /брой	Бъдеща ситуация /брой
Северозапад ен	0	2	1	10	5	5	2	4	19	19
Северен централен	1	2	1	10	6	5	5	3	17	18
Североизточен	2	2	2	10	6	5	3	4	14	19
Югозападен	3	4	5	21	NA	11	5	8	40	40
Южен централен	8	3	9	15	8	9	4	6	43	30
Югоизточен	2	2	1	11	5	6	7	5	18	22

Източник: Болничен генерален „Мастер план” 2008 г., Световна банка; договорен проект за реформиране на здравния сектор

**Първа стъпка за спешно реструктуриране на системата**, поради обяснимата липса на необходимия финансов ресурс, е инвестиране на средства в по-малък брой лечебни заведения, които ще задоволят оптимално потребностите на населението от високотехнологична болнична медицинска помощ. Лечебните заведения, които се преобразуват във високотехнологични болници във всеки един еврорегион, са в забранителния списък по Закона за приватизацията и следприватизационния контрол. Това гарантира тяхната стабилност и устойчивост, без да съществува риск от нецелесъобразно разпределение и усвояване и на средствата.

Зоната на действие на тези болници включва цялото население от конкретния еврорегион. За високотехнологичните болници, функциониращи едновременно с областна болница на територията на един еврорегион, се създават правила и процедури за издаване на направления, координация, разделение на функциите.

В пет от шестте Евро-региона, дейностите които характеризират високо-технологичните болници се разпределят между две или повече болници **/Приложение 4/**. Целта е с оглед ограничения финансов ресурс да се постигне резултат в краткосрочен план. Едновременно с това се цели да се затвори цикъла на обслужване и предотврати дублиране в оказването на високотехнологични дейности на територията на всеки еврорегион. Връзките и взаимоотношенията между тези болнични лечебни заведения се уреждат на договорна основа по предмета на профилирането.

**Водещи критерии за определяне на високотехнологични болници:**

- 1. Данни за демографската ситуация на еврорегиона.**
- 2. Потребност от високотехнологични дейности в рамките на еврорегиона.**
- 3. Състояние на инфраструктурата.**
- 4. Дейност, човешки, информационни и материални ресурси на лечебното заведение.**

Под внимание са взети и други критерии като разстояние от предлаганото високотехнологично болнично лечебно заведение до останалите областни болнични лечебни заведения на територията на еврорегиона.

Отчитайки горепосочените критерии могат да се определят следните две групи еврорегиони:

**А. Еврорегиони с университетски болници, изпълняващи междуобластни функции, и с традиции във високоспециализираното обслужване на населението от прилежащите области.**

**Североизточен район** („Многопрофилна болница за активно лечение „Св. Марина” ЕАД, гр.Варна). Болницата е безспорен фаворит в района в ресурсно отношение за оказване на достъпни и качествени високотехнологични медицински услуги.



**Б. Еврорегиони, в които има** повече от една болница във включените области, с традиции във високоспециализираното обслужване на населението по определени медицински специалности. Това е предпоставка за развитие на високотехнологични дейности в повече от една болница, като всяка от тях може да се профилира в оказването на различни високоспециализирани дейности и услуги. Високотехнологичните дейности биха могли да се диференцират според специфичните потребности на населението – изгаряния, кардиохирургия, трансплантации, гръдна хирургия, съдова хирургия и др. **В Приложение 5 са посочени високотехнологичните дейности, за които има потенциал в определените за високотехнологични лечебни заведения в рамките на Еврорегионите.**

**В тази група са:**

**Северозападен район** – уместно е гореизложените принципи да се приложат по отношение на „Многопрофилна болница за активно лечение „Христо Ботев” АД, гр. Враца и „Университетска многопрофилна болница за активно лечение д-р Г. Странски” ЕАД, гр. Плевен, тъй като самостоятелният избор на която и да е от тях ще доведе до неизпълнение на някои от посочените критерии.

**Северен централен район** („Многопрофилна болница за активно лечение – Русе” АД, гр. Русе, МБАЛ „д-р Ст. Черкезов” Велико Търново).

„Многопрофилна болница за активно лечение – Русе” АД, гр. Русе има потенциал и извършва междуобластни функции в областта на някои медицински специалности.

МБАЛ „д-р Ст. Черкезов” Велико Търново – същото се отнася и за тази болница, която и в момента обслужва население от няколко области в по определени специалности и има ресурсен капацитет.

**Югоизточен район**

„Многопрофилна болница за активно лечение - Бургас” АД, гр. Бургас - висока натовареност през летния сезон, наличието на ресурси, по-къси разстояния до населените места в Ямболска област, които са относително отдалечени поради затруднения достъп до тях.

„Многопрофилна болница за активно лечение – проф. Ст. Киркович” АД, гр. Ст. Загора, „Университетска многопрофилна болница за активно лечение – Стара Загора” АД, гр. Стара Загора – утвърдени професионални традиции, налични човешки и материално-технически ресурси.

„Многопрофилна болница за активно лечение д-р Ив. Селимински” АД, гр. Сливен – утвърдена роля и традиции и перспектива за развитие като съвременен център за обслужване на спешни случаи медицински и пътен травматизъм.

**Южен централен район** („Многопрофилна болница за активно лечение „Св. Георги” ЕАД, гр. Пловдив, МБАЛ Смолян АД и МБАЛ Кърджали АД).

„Многопрофилна болница за активно лечение „Св. Георги” ЕАД, гр. Пловдив – най-голямата Университетска болница в страната с утвърдени

традиции и капацитет за обслужване на населението от целия Южен централен район.

МБАЛ Смолян АД – болницата има стратегическо значение за развитието на някои високо-технологични дейности с оглед труднодостъпни и отдалечени селища в прилежащия район на обслужване.

МБАЛ Кърджали АД – същото се отнася и до прилежащия район на обслужване както и при МБАЛ Смолян АД.

### **Югозападен район**

Възможно е **взаимодействие на основата на договорни отношения за осъществяване на определени дейности** между „Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Александровска” ЕАД, „Университетска национална специализирана болница за активно лечение „Св. Екатерина” ЕАД, „Специализирана болница за активно лечение по белодробни болести „Св. София” ЕАД, „Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Св.Иван Рилски” ЕАД, „Специализирана болница за активно лечение по акушерство и гинекология „Майчин дом” ЕАД, „Специализирана болница за активно лечение по детски болести” ЕАД, Военно медицинска академия /ВМА/, при което ще се затвори високотехнологичният цикъл на медицинско обслужване за възрастни и деца по всички медицински специалности. Аргументи в полза на това решение са:

- териториална близост, която ще създаде добри условия за взаимодействие, осигуряване на 24 часова диагностика и консултации в областта на всички специализирани и високоспециализирани дейности.

- удобен достъп за пациентите поради разположението.

- „УМБАЛ „Александровска” ЕАД има ресурсна обезпеченост с високоспециализиран персонал и апаратура като основна база за обучение на Медицинския университет - гр. София, но в нея няма структури по всички медицински специалности.

- „УНСБАЛ „Св. Екатерина” ЕАД - има ресурсно осигуряване за извършване на високотехнологични дейности в областта на сърдечно-съдовите заболявания - кардиохирургия, съдова хирургия и инвазивна кардиология.

- „СБАЛББ „Св. София” ЕАД - разполага с ресурс за извършване на високотехнологична дейност по гръдна хирургия и всички белодробни болести.

- „УМБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕАД - разполага с ресурси за високотехнологична дейност в областта на неврохирургията.

- „СБАЛАГ „Майчин дом” ЕАД – разполага с ресурс за оказване на високотехнологична интензивна акушеро-гинекологична и неонатологична помощ.

- „СБАЛДБ” ЕАД - с ресурс за високотехнологична дейност по всички медицински специалности за обслужване на деца от 0-18 години.

- „Специализирана болница за активно лечение по онкология” ЕАД гр. София

- Военно медицинска академия /ВМА/ - с ресурс за осъществяване на високо-технологична дейност в областта на интензивното лечение, токсикология, хипербарна кислородотерапия, жлъчно-чернодробна трансплантация, травматология, урология, спешна коремна хирургия, ендоскопска хирургия. С оглед специфичните функции на лечебното заведение по Закона за отбраната в приложенията не са представени данни за дейността.

#### **Финансиране на реструктурирането на болничната помощ:**

Реализацията на първите стъпки за реструктуриране на системата за болнична помощ ще стане при ефективно разпределение на финансовите средства за дейностите и болниците, посочени в Приложенията към концепцията. Възможен източник за финансиране е по Оперативна програма «Регионално развитие» на МРРБ в размер на 100 млн. лева за държавните болници, 38 млн. лева за лъчелечение, 10 млн. лева за ДМСГД /Домове за медико-социални грижи за деца от 0-3 год./. В допълнение могат да бъдат използвани 100 плюс 40 млн. лева за малки и големи общини. Ресурсното обезпечаване на филиалите за СМП ще съпътства болничното реструктуриране и за тази цел те ще бъдат включени при разпределението на финансовия ресурс.

#### **Очаквани резултати при реализацията на концепцията за реструктуриране на болничната помощ:**

- Подобряване на достъпа на населението до болнични услуги и увеличаване на справедливостта при предоставянето им
- Подобряване на качеството и безопасността на предоставяните болнични услуги
- Подобряване на ефикасността, ефективността, продуктивността и ползата от направените разходи
- Установяване на процедури за планиране и правила за регулация
- Прилагане на алтернативни модели за болнични услуги (развиване на едnodневна хирургия, долекуване и продължително лечение)
- Решаване проблемите на спешността на територията на съответните административни райони и постигане на по-голяма ефективност
- Подобряване на координацията и взаимно допълване с останалите структури в здравната и социалната система.
- Намаляване на общата смъртност и нивото на инвалидизация
- Намаляване на нивото на смъртност при майките и децата
- Намаляване на заболяемостта и смъртността от болести на органите на кръвообращението и новообразувания
- Постигане на психологически ефект върху населението по отношение подобряване на средата и сигурността за здравето

Очакваните резултати са съобразени с основната цел и подцелите на концепцията за реструктуриране на болничната помощ

**ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ НА ДОМОВЕТЕ ЗА МЕДИКО-  
СОЦИАЛНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА от 0-3 год.  
в системата на Министерство на здравеопазването**

**Състояние и дейност на ДМСГД**

ДМСГД са лечебни заведения по смисъла на Закона за лечебните заведения и са 32 на брой, разположени предимно в областни градове. Те са институции за отглеждане и лечение на деца от 0 до 3 годишна възраст в риск – неравностойно социално положение и нуждаещи се от продължително наблюдение и лечение на хронични заболявания и увреждания. Някои от децата с много тежки увреждания могат да останат в ДМСГД до навършване на 7 годишна възраст.

Дейностите, съгласно Правилник за устройството и дейността се осъществяват в задължително обособени структурни единици - жилищен блок, където се отглеждат здрави деца и медицински блок, работещ като стационар, в който се настаняват деца с тежки увреждания и малформации. В някои има и отделения за лечение на деца с ниско тегло поради недоносеност. Повечето от ДМСГД разполагат със сравнително добра база, но не във всички от тях тя е пригодена за развиване на новите съвременни форми на деинституционална грижа, поради което сме многократно упрекувани от Европейски институции и неправителствените организации, които извършват такива дейности. Дейността на ДМСГД е обезпечена с мултидисциплинарни екипи, включващи лекари, медицински сестри, психолози, логопеди, рехабилитатори и др.

Броят на децата, настанени по реда на Закона за закрила на детето за институционално отглеждане в ДМСГД към 31 декември 2008 г., е 2 440. От тях 1 860 деца са на възраст от 0 до 3 г., а над 7 год. възраст - 127.

Общо 386 деца ползват алтернативните социални услуги, от които 19 деца са с направление за седмична грижи, а останалите 367 ползват дневна грижа.

В ДМСГД преобладават здравите деца – близо 61% (1 475).

От децата с различни заболявания и/или увреждания най-голям е броят на децата с различна степен на изоставане в нервно - психичното развитие (624) и на тези с вродени малформации (596). Броят на децата с хронични соматични заболявания е 529, децата с физически и множествени увреждания са 451.

Освен институционално отглежданите деца, част домовете за медико-социални грижи предоставят и социални услуги, услуги „дневна” и „седмична” грижа за деца с увреждания и нужда от специални грижи. Към ДМСГД се откриват Дневни центрове за деца с увреждания, отглеждани в семейна среда, които се нуждаят от ежедневна рехабилитация и физиотерапия. Към момента в 19 ДМСГД са изградени дневни центрове като алтернативни услуги, предназначени за общността - рехабилитация на

деца с увреждания, с неврологични и психични отклонения, съобразно потребностите в региона.

Основните фактори, които обуславят настаняването на децата от семейства в неравностойно социално положение, са трудностите, които те срещат при отглеждането им (икономически, психологически, социални), съчетани с липсата на достатъчно алтернативни на институционалната грижа услуги, насочени към подкрепа на семействата. Мотив за изоставяне на дете в ранна възраст, най-често още в родилно отделение е и диагностицирано вродено увреждане на детето.

**Деинституционализация на ДМСГД** – ще се извърши в съответствие с общия политически документ на Правителството на Република България за деинституционализация/в процес на финализиране/.

В съответствие с Европейската политика за намаляване броя на деца в специализирани институции могат поетапно да се извършат дейности за децентрализация на ДМСГД и деинституционализация с оглед постигане на по-добри условия за отглеждане и развитие на децата.

На първи етап може да се предприемат действия за поетапно децентрализиране на следните ДМСГД - Ветрен, Златица, Кюстендил, Тетевен, Разград и Широка лъка, в които се отглеждат предимно здрави деца. Предвид негативното влияние на институционалната грижа и потребностите на здравите деца, общинското управление ще даде възможност за предлагане на алтернативни на институционалните грижи услуги и за премахване доминирането на институционалната грижа.

За навършилите 7 годишна възраст деца с увреждания /към 31.12.2008 г. са 127/ е наложително да се изведат от ДМСГД и се осигури ресурс в подходящи за тях структури.

С оглед осигуряване лечение и отглеждане на деца от 0 до 3 годишна възраст в риск, нуждаещи се от продължително наблюдение и лечение на хронични заболявания и увреждания е целесъобразно това да се извършва в **Медико-социални центрове** в Благоевград, Бузовград, Видин, Враца, Габрово, Дебелец, Добрич, Монтана, Пазарджик, Перник, Пловдив, Силистра, Сливен, "Св. Ив. Рилски"-София, "Св. Параскева"- София, "Св. София"- София, Търговище, Хасково, Шумен и Ямбол.

**Медико-социални центрове**, в които има отделения за доотглеждане на рискови новородени с ниско тегло при раждането - Бургас, Варна Кърджали, Плевен, Русе и Ст. Загора.

В тях се осъществяват **дейности** по:

1. продължително медицинско наблюдение на деца с хронични заболявания и медико-социални проблеми;
2. диагностициране, лечение и рехабилитация на деца с хронични заболявания и медико-социални проблеми;
3. специфични грижи за деца с хронични заболявания и медико-социални проблеми.

Необходимо е тези медико-социални центрове да бъдат ресурсно обезпечени със съвременно оборудване и мултидисциплинарни екипи от специалисти, включващи: лекари специалисти, медицински сестри, рехабилитатори, психолози, педагози, логопеди, детегледачки, социални работници и др.

Предвид недостатъчно развитата система от дневни центрове за деца с увреждания е необходимо да продължи разкриването им във всички областни градове и укрепване капацитета на съществуващите центрове с обогатяване на видовете услуги, съобразно потребностите в региона.

#### **Финансиране на процеса:**

Възможен източник на финансиране е Оперативна програма за регионално развитие към МРРБ, в която са предвидени средства в размер на 10 млн. лв. Периодът на деинституционализация и реструктуриране на ДМСГД обхваща няколко етапа, които съответстват на сроковете, заложи в Политическия документ на Правителството за деинституционализация. Процесът ще се базира на идентифициране на конкретните финансови потребности на всеки дом за медико-социални грижи и ефективно и целесъобразно разходване на финансовия ресурс.

#### **ПРИЛОЖЕНИЯ:**

1. Общински лечебни заведения за болнична помощ с наличен ресурс и потенциал за осигуряване на качествено медицинско обслужване по базисни медицински проблеми
2. Структури на спешна медицинска помощ по административни райони
3. Лечебни заведения за болнична помощ с потенциал за покриване на критериите за високотехнологични болници по административни райони.
4. Лечебни заведения за болнична помощ, които разполагат с ресурс и има потребност да осъществяват високотехнологични дейности по медицински специалности.
5. Държавни лечебни заведения, в които се осъществяват дейности по лъчелечение и химиотерапия, в които ще се обезпечи високотехнологично оборудване.
6. Таблица за структурата на контингента деца, отглеждани в ДМСГД.
7. Таблица за етапите на реструктуриране на системата на болничната помощ.