

СОЦИАЛНИЯТ КОНФЛИКТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Сборник с доклади и статии
на Снежана Кондева

Резюме

Широкият времеви обхват на включените доклади и статии позволява – през призмата на изследователския интерес и експертната позиция на автора – да се проследи динамиката на процесите в областта на здравеопазването. Това превръща сборника в ценен помощник за специалистите по здравен мениджмънт в техните научни и практически търсения.
Приятно четене!

Снежана Кондева
snkondeva@abv.bg

Съдържание

Доклади, представени на научни конференции (2010 г. – 2019 г.).....	3
РАЗЛИЧИЯ ПРИ ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ ПРАВОТО НА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В ХОЛАНДИЯ И БЪЛГАРИЯ.....	4
ПРЕДПОСТАВКИ ЗА РЕГУЛИРАНЕ НА ИНОВАТИВНИТЕ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ.....	11
СОЦИАЛНИЯТ ЕФЕКТ НА ЕЛЕКТРОННАТА КОМУНИКАЦИЯ ВЪРХУ ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ.....	18
ИКОНОМИЧЕСКА И СОЦИАЛНА ПЕРСПЕКТИВА ЗА БАЛНЕОЛОЖКИТЕ ДЕСТИНАЦИИ В СТОЛИЦАТА.....	24
БУТОНЪТ „ЛЕКУВАЙ“ ЗАБИ! ВИСОКИТЕ ТЕХНОЛОГИИ И ОСИГУРЯВАНЕТО НА ДОСТЪП ДО ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ.....	32
ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ОБРАЗОВАНИЕТО, ПРОФЕСИОНАЛНАТА ПОДГОТОВКА И УМЕНИЯТА НА ЗДРАВНИТЕ МЕНИДЖЪРИ В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ.....	38
ВЛИЯНИЕ НА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ВЪРХУ РАЗМЕРА НА РАЗХОДИТЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕ.....	45
ГЛОБАЛНАТА КЛИНИЧНА СРЕДА В ДИСТАНЦИОННОТО ОБУЧЕНИЕ ПО МЕДИЦИНА – ТЕНДЕНЦИИ И ЕТИЧНИ ПРОБЛЕМИ.....	52
НЕМСКАТА СИСТЕМА ЗА САМОРЕГУЛАЦИЯ НА ЛЕКАРСКАТА ПРОФЕСИЯ.....	58
ПОЛОЖИТЕЛНОТО ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА МОБИЛНОСТТА НА ЛЕКАРИТЕ ВЪРХУ БРИТАНСКАТА ЗДРАВНА СИСТЕМА.....	64
ПРАВНОТО РЕГЛАМЕНТИРАНЕ НА КОНТРОЛА ВЪРХУ ПРЕДОСТАВЯНИТЕ МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ.....	71
СОЦИАЛНИЯТ АНГАЖИМЕНТ НА КАМАРАТА НА ЛЕКАРИТЕ В АВСТРИЯ ЗА ГАРАНТИРАНЕ БЕЗОПАСНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ.....	78
ТРАДИЦИЯ И ИНОВАЦИИ В СПЕЦИАЛИЗАЦИЯТА НА ЛЕКАРИТЕ В БЪЛГАРИЯ	86
ДЕЦЕНТРАЛИЗИРАН МОДЕЛ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА СПЕЦИАЛНОСТ, КОМПЕТЕНТНОСТ И КВАЛИФИКАЦИЯ НА ЛЕКАРИТЕ.....	94
ПРОБЛЕМЪТ СЪС СПЕЦИАЛИЗАНТИТЕ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВОТО „РАБОТА ОТ РАЗСТОЯНИЕ“ НА ЛЕКАРИТЕ.....	106
ПРОБЛЕМЪТ С МОБИЛНОСТТА НА ЛЕКАРИТЕ ОТ ДЪРЖАВНИТЕ И ОБЩИНСКИ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ – ТЪРГОВСКИ ДРУЖЕСТВА КЪМ ЧАСТНИТЕ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ.....	112
ПРАВОМОЩИЯ НА КОМИСИИТЕ ПО ПРОФЕСИОНАЛНА ЕТИКА НА ЛЕКАРИТЕ	118
ЗАПЛАЩАНЕ НА ТРУДА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – НИВА НА РЕГУЛАЦИЯ.....	124
ПОТРЕБНОСТИ И ПОДБОР НА КАНДИДАТИТЕ ЗА РАБОТА В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ.....	131
КЛАУЗА „ИЗПИТАТЕЛЕН СРОК“ ЗА ЛЕКАРИТЕ ПРЕПОДАВАТЕЛИ.....	138
УПРАВЛЕНИЕ НА СЛЕДДИПЛОМНОТО ОБУЧЕНИЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО...143	

ЕФЕКТИВЕН РЕЖИМ ЗА ПОЛЗВАНЕ НА ПЛАТЕНИЯ ГОДИШЕН ОТПУСК В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.....	149
РЕГЛАМЕНТАЦИЯ, ПОЛИТИКИ И ДЕЙСТВИЯ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ ЗА ОСИГУРЯВАНЕ ВИСОКО РАВНИЩЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В СЕКТОРА.....	154
СИСТЕМА ЗА ОБУЧЕНИЕ И КВАЛИФИКАЦИЯ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.....	160
Статии, публикувани в научни списание (1998 г. – 2018 г.).....	167
САМОРЕГУЛАЦИЯ НА ЛЕКАРСКАТА КОМПЕТЕНТНОСТ ВЪВ ВРЪЗКА С ВЪЗДЕЙСТВИЕТО НА МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА ВЪРХУ СОЦИАЛНОТО И ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ.....	168
ПРОБЛЕМЪТ С НЕПРЕКЪСНАТОТО РАБОТНО ВРЕМЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ДЕЖУРСТВАТА НА ЛЕКАРИТЕ СПЕЦИАЛИЗАНТИ.....	178
ДЕМАРКАЦИОННИТЕ ЛИНИИ В ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ.....	207
ЗА КОГО Е (НЕ)СПРАВЕДЛИВА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА?.....	210
СОЦИАЛНИЯТ КОНФЛИКТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.....	214

Доклади, представени на научни конференции (2010 г. – 2019 г.)

РАЗЛИЧИЯ ПРИ ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ ПРАВОТО НА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В ХОЛАНДИЯ И БЪЛГАРИЯ¹

DIFFERENCES IN EXERCISING THE RIGHT TO HEALTH INSURANCE IN THE NETHERLANDS AND IN BULGARIA

Snezhana Kondeva

*Chairman of the Board of Directors of Second Multiprofile Hospital for Active Treatment – Sofia EAD,
Bulgaria, snkondeva@abv.bg*

Abstract. The overall results of the self-assessment of health as good and very good in Bulgaria are around the average for the EU but in respect of the health care quality and the satisfaction of the insured persons the assessment is quite low in the ranking. Unlike the Netherlands, where both the self-assessment is high and the citizens are satisfied with the health care system. The report makes a comparison between the historical development of the healthcare insurance in the two countries, their structural differences, and the participation of citizens in the risk distribution, the objective being certain views on the future reform of the national health insurance system to be laid down.

Keywords: health insurance in Bulgaria, Dutch health care model, own risk

1. Въведение

Сред основните показатели, включени във втората вълна на Европейското здравно интервю, които характеризират здравния статус на населението, е субективната оценка на здравето по пол и възрастови групи. Общо за ЕС-28 през 2016 г. 67,5% от населението на 16 и повече години възприема здравето си като много добро или добро (в България - 65,8%, а в Холандия – 75,9%). [1]

Общите резултати от самооценката на здравето като добро и много добро в България са около средните за Европейския съюз, но по отношение качеството на здравеопазването и удовлетвореността на осигурените лица сме доста по-назад в класациите. За разлика от Холандия, където освен високата самооценка, гражданите са доволни и от системата на здравеопазване. Какви са причините българските граждани да имат сравнително висока самооценка за здравето си и в същото време да са недоволни от получаваните здравни услуги? Как се осъществява правото на здравно осигуряване в двете страни?

В доклада се търсят отговори на тези въпроси чрез съпоставка на историческото развитие на здравното осигуряване, структурните различия и участието на гражданите в разпределението на риска, като целта е да се представят някои виждания за бъдеща реформа на националната здравноосигурителна система.

2. Здравноосигурителни фондове в Холандия

Предшественик на здравното осигуряване в Холандия е създаденият през 1741 г. фонд за заплащане на медицинските разходи на членовете на дърводелската гилдия (De Timmermansbus). На същия принцип възникват и други професионални фондове, а до края на века здравна застраховка започват да предлагат търговски застрахователни компании. Те са ориентирани предимно към домакинствата с ниски доходи, които за първи път имат възможност да сключат застраховка и при необходимост да избегнат лошото обслужване в организирани от църквата и общината институции.

През 1846 г. лекари и фармацевти, недоволни от политиката на търговските застрахователи, създават Общ здравен фонд Амстердам (Algemeen Ziekenfonds Amsterdam (AZA)), в рамките на който на осигурените лица се позволява да избират своите лекари. AZA ограничава осигурените само под определен праг на доходите, като по този начин се запазва разграничаването на здравното осигуряване от частната практика на лекарите.

Около 30 години по-късно представителите на амстердамските дърводелци, застраховани в AZA, отново проявяват активност и подават официално искане до застрахователя с предложение да се инвестира част от премиите в жилища на достъпни за работниците цени. След като не получават разбиране, излизат от AZA и създават собствен здравноосигурителен фонд. Това инициира в последствие създаването на

¹ За цитиране: Кондева, Сн., Доклад в XVII Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 19” - Стопански факултет на ТУ- София, гр. Созопол, 2019 г.

десетки работнически фондове, а около 1900 г. и работодатели самостоятелно организират здравното осигуряване на персонала си.

В този период има около 534 отделни здравноосигурителни фонда, но без застраховка се оказват хронично болните, инвалидите, бременните жени и възрастните хора. Затова правителството се намесва и през 1913 г. въвежда закон за задължителна застраховка срещу загуба на заплата поради заболяване, с което обезщетението за болест се разделя от болничната помощ.

Особено важен за правното регулиране на здравноосигурителните фондове е приетият закон по време на германската окупация през Втората световна война. Германският модел, въведен в Холандия през 1941 г., задължава всички заети лица с доход под определена граница да сключат застраховка в признат и одобрен от правителството здравноосигурителен фонд. [2]

Моделът се запазва и след края на войната, като са добавени услуги, разширяващи покритието по основната застраховка, а правителството е ангажирано с подкрепа на здравноосигурителните фондове в случай на дефицит. Тази отворена схема увеличава разходите и е причина да започне процес на централизиране и сливане на здравноосигурителни компании. Въпреки това разходите растат и критиките периодично възобновяват дискусиите за необходимостта от създаване на национална политика, която холандското общество свързва с премахване на общественото осигуряване на гражданите с ниски доходи и преминаване към задължително частно здравно осигуряване за всички граждани. След продължителна подготовка, реформата е осъществена със Закона за здравното осигуряване от 2006 г.

3. Развитие на здравното и здравноосигурителното законодателство в България

От средата на 19 век в по-големите български градове започват да практикуват дипломирани лекари, включително българи, завършили медицина в чужбина, а най-голям е броят на завършилите Цариградското военномедицинско училище. Средствата за заплащане на лекарските хонорари се поемат от предосвободенските български общини. В периода на т. нар. „градска медицина” лекари има в 24 български градове, като през това време се утвърждава и абонаментната система. Началото е поставено през 1864 г., когато шейсет търновски граждани сключват договор с д-р Павел Марков, за да ги обслужва срещу 200 гроша годишно. [3]

След освобождението лекарите продължават да получават своето образование в чужбина. В зависимост от държавите, в които са завършили, се наблюдава различното влияние на медицински школи и виждания за развитието на здравеопазването. Първият сблъсък на идеи разделя лекарското съсловие още при учредяването на софийското медицинско дружество през 1888 г. и оказва влияние върху развитието на здравеопазването ни задълго. Около д-р Петър Ораховац се обединяват предимно лекари с русофилски настроения, а повечето от поддръжниците на д-р Марин Русев са получили своето образование в западни медицински университети. Ораховистите настояват за обществено здравеопазване, изградено на широки обществено-държавни основи, а русевистите - за приоритет на частната практика.

През 1902 г. проектът на д-р Ораховац на Закон за народното здраве не е гласуван, но една година по-късно Народното събрание приема Закон за опазване на общественото здраве, изработен от д-р Русев. Законът регламентира частните лечебни заведения, създаването на окръжни и околийски хигиенически съвети и селски здравни участъци.

Първите осигурителни разпоредби у нас трябва да се търсят в създадените фондове съгласно законите за спомагателната каса на работниците при обществените предприятия и за привилегиите на надниците им от 1905 г.; за женския и детски труд в индустриалните предприятия от същата година; подпомагане на държавните работници в случай на инвалидност и заболяване от 1906 г. и за насърчаване на местната промишленост и търговия от 1909 г. Те са обединени в един общ фонд със закона за работническите застраховки от 1915 г.

С приетия през 1918 г. Закон за осигуряване работниците и служещите в случай на злополука и болест се учредява задължително осигуряване срещу болест и злополука на всички работници и служещи, които получават по-малко от 2 400 лв. годишно, и доброволно – за тези, които получават повече. Този закон поставя началото на същинско работническо осигуряване у нас преди приемането на новия закон за обществените осигуровки и създаването на система на задължително осигуряване срещу всички рискове на труда.

Законът за обществените осигуровки от 1924 г. въвежда задължително осигуряване срещу „злополука“, „болест“, „майчинство“ и „инвалидност“, а през 1935 г. и срещу „смърт“. Кръгът на осигурените по всички видове осигуровки е един и същи: всички работници и служещи в частни, държавни и обществени заведения и предприятия. Изключват се служещите, които участват в пенсионния фонд по закона за държавните служители, сезонните земеделски работници и др., изброени в самия закон. С допълнението на чл. 3 от 1937 г. се създава формална възможност за въвеждане задължителна осигуровка и за работниците без определен работодател (колари, хамали и пр.). Могат да се осигуряват доброволно по някои от осигуровките и всички държавни служители, лица със свободна професия, самостоятелни занаятчии и др., годишният доход на които не надминава 50 000 лв.

Средствата се събират от равни вноски на осигурените, работодателите и държавата. Държавата, обаче, не внася напълно своя дял в издръжката на осигуровките и това се отразява особено зле върху финансите на осигуровката „болест-майчинство“, която е напълно консумативна: приходите ѝ през годината се разходват през същата година.

Медицинската помощ се осигурява за сметка на фонда и по системата на свободния избор на лекар. Поради невъзможност фондът да се справи със злоупотребите и разточителството, през 1929 г. правната уредба се променя и се въвежда регулиран свободен избор на лекар, а през 1934 г. – система за назначаване на лекари към фонда, т. нар. „фондови лекари“. След като не се постига желаният резултат и дефицитът нараства, през 1936 г. е възстановена действащата преди това система на регулиран свободен избор. [4]

Фондът има собствени лечебни заведения, между които и емблемата Работническа болница „Царица Йоанна“ в София. Тя е построена и обзаведена по силата на чл. 43 от Закона за обществените осигуровки и на специален закон, изпълнявайки социални функции от самото си създаване.

С приетия през 1929 г. Закон за народното здраве се разширява санитарно-противоепидемичната дейност и борбата със заразните и социално значимите болести, а органи на санитарната власт са окръжните, околийските и участъковите лекари. Обществените болници са държавни, окръжни и общински, според броя на леглата - първостепенни, второстепенни и третостепенни. За лекуване и гледане на болни в обществените лечебни заведения се плаща такса в полза на държавата и общината, като сред освободените от плащане са войниците, инвалидите, бременните и родилките, учениците и др. Бедните болни се лекуват безплатно срещу издадено от общината свидетелство за бедност. В амбулаториите при болниците, при тези на околийските и общински лекари и на участъковите лекари се прегледват предимно бедни болни. Заможните плащат определена такса. Издръжката на бедните болни в приютите за психично болни, слепи, глухи, епилептици, алкохолици, хроми и т.н. също е безплатна. [5]

В ОФ-правителството на Кимон Георгиев се създава първото министерство на народното здраве с министър д-р Рачо Ангелов, изявен деец на течението на ораховистите в БЛС. До приемането на новата конституция на 4 декември 1947 г. временно се прилага съществуващото право и се изпълнява приетият от XXV Лекарски събор „Проект на държавен здравен план“. След това се отчуждават частните болници, клиники, зъболекарски дружества и аптеките. С постановление на МС през 1950 г. се извършва обединяване на болниците и поликлиниките и се въвежда принципа на районирането, т.е. гражданите могат да се лекуват само в здравен участък и районна болница, а тежките случаи се превеждат в прилежащата окръжна болница. През 1951 г. е издаден Указ на Президиума на НС за всенародната безплатна медицинска помощ, с който се налага държавно финансирано здравеопазване по съветски модел. С Указ на Държавния съвет от 18.07.1972 г. за изменение Указа за професионалната работа и правата на медико-санитарните работници се забранява частната лекарска практика.

Системата на фондовото осигуряване също е ликвидирана. Първоначално със Закона за общественото осигуряване от 1949 г. са обединени всички съществуващи в страната самостоятелни осигурителни фондове и каси под единното ръководство на Държавния институт за обществено осигуряване (ДИОО), но през 1951 г. той е отменен с Дял III (Държавно обществено осигуряване) от Кодекса на труда. Всички осигурителни фондове са национализирани и средствата им са преведени в Държавния бюджет.

Законът за здравното осигуряване влиза в сила от 01.01.1999 г. и въвежда система на задължително здравно осигуряване.

4. „Холандски модел“ на осъществяване правото на здравно осигуряване

Достъпни и качествени здравни услуги и солидарност чрез задължително частно здравно осигуряване, са характеристиките на холандската здравна система. Осигуряването е основно и допълнително, като правителството определя покритието по основния здравноосигурителен пакет, а здравноосигурителните фондове предлагат застрахователни премии (вноски) на достъпна цена. За да може да се намери оферта, отговаряща на индивидуалните здравни потребности и финансови възможности на гражданите, осигуряването в Холандия е организирано онлайн. Един път годишно всеки трябва да избере своя здравноосигурителен фонд. В този процес лицензирани компании предлагат посредничество между гражданите и застрахователите чрез сравняване на основните параметри на здравноосигурителната полица (покритие, възможност за избор на изпълнител, приспадане, премии и оценка на пациентите/клиентите), което да доведе до информиран избор на конкретна здравна осигуровка. Ако посетител е направил сравнението между многото полици и премине към уебсайта на застраховател, посредникът получава еднократна комисионна. Независимите платформи и Министерство на здравеопазването, благосъстоянието и спорта публикуват подробна информация за здравната система и организирането на здравното осигуряване:

В основата на здравноосигурителната система са Законът за здравното осигуряване (De Zorgverzekeringswet (Zvw) и Законът за дългосрочните грижи (De Wet langdurige zorg (Wlz).

Законът за здравното осигуряване задължава всички лица над 18-годишна възраст, които живеят и/или работят в Холандия да имат основна застраховка. Децата трябва да бъдат регистрирани в здравноосигурителния фонд на единия родител, но за тях не се плаща отделна премия. Застрахователите са задължени да приемат кандидатите, независимо от здравословното им състояние. Основната застраховка покрива най-необходимите здравни разходи, като посещение при личен лекар, получаване на лекарства и медицински изделия. За специфична грижа и по-голяма сигурност може да се сключи допълнителна застраховка за възстановяване на разходи, които остават непокрити (пр. стоматологични разходи, алтернативна медицина, стъкла и контактни лещи, бременност и раждане).

Законът за дългосрочните грижи се регулира от държавата, като услугите се предоставят на нуждаещи се от интензивни грижи и постоянен надзор 24 часа в денонощието. На лицата с право на дългосрочна грижа услугата се осигурява чрез престой в здравна институция или получаването на пълния пакет грижи у дома, получаване само на част от грижите у дома или бюджет, с който може да се закупят помощни средства и самостоятелно да се организират грижите, вкл. доброволен труд под надзор, спорт и рехабилитационни дейности у дома или в здравен център, и др.

Правото на здравно осигуряване се осъществява чрез заплащане на премия на здравноосигурителен фонд, приспадане (самоучастие) и личен принос на всяко здравноосигурено лице.

Премиите за здравно осигуряване могат да бъдат с разлика от около 250 евро годишно, което се дължи на конкуренцията между застрахователите и договорените по-добри условия с доставчиците на здравни услуги. Индивидуалната премия зависи и от това дали има само основно здравно осигуряване или и допълнителна застраховка. През 2018 г. 6,2% от осигурените лица са сменили своя застраховател, а 84% са сключили допълнителна застраховка. [6]

Осигурените лица заплащат законово изискване за приспадане на разходите за здравни услуги, покрити от основната застраховка. Подлежащата на приспадане сума през 2019 г. е 385 евро, като от тази сума не се приспадат посещенията при личен лекар, грижите за майчинство, акушерски грижи и грижите за децата. Самоучастието се изразява в това, че се поема собствен риск за първите разходи от началото на годината. След изчерпване на средствата за приспадане, застрахователният фонд започва да плаща ако лицето продължава да има право на здравни грижи от основния пакет. Осигурените обикновено заплащат приспадането след като са получили здравната услуга и сметката е изпратена от доставчика на техния застраховател. Това може да бъде объркващо за пациентите, тъй като застрахователите понякога приспадат разходите от сумата за самоучастие след повече от година, затова фактура се издава и на осигурения, за да знае предварително каква сума трябва да плати на застрахователя. Задължителната сума за приспадане може да се увеличи доброволно със 100, 200, 300, 400 или 500 евро, като в този случай осигуреното лице получава отстъпка от месечната премия за основната застраховка. Въведената сума за самоучастие има за цел осигурените да са наясно, че не трябва за всяка болка да отиват при лекар, но главно, за да може да се управляват разходите за здравеопазване.

В Холандия повечето жени раждат извън болниците и това се насърчава от здравните власти чрез включването на акушерските грижи в основния пакет и осигуряването на медицински специалист по време на раждането у дома. Затова ако някоя жена иска да роди в лечебно заведение без медицински показания, трябва да заплати за нейния и на бебето престой от собствения си джоб. Плащането е личен принос на осигуреното лице и е различно от самоучастието, защото самоучастието има фиксиран праг (385 евро), който се натрупва в течение на годината с разходи по повечето форми на здравни услуги от основната застраховка, докато личният принос е сума, която се плаща от осигуреното лице всеки път, когато се ползва специфична форма на грижи извън основния пакет. Обикновено няма личен принос, защото осигурените правят допълнителна застраховка за тези форми на грижа и разходите им се покриват от нея.

Освен премия към избран здравноосигурителен фонд, осигурените и техните работодатели дължат вноски, свързани с дохода по Закона за здравното осигуряване и Закона за дългосрочните грижи. Тези вноски се удържат и превеждат автоматично на данъчните органи и са част от холандската система за социална сигурност – хората с по-високи доходи допринасят повече от хората с по-ниски. За 2019 г. данъкът за работодателя е 6,95%, личният принос за предприемачите и пенсионерите – 5,70%, а личните вноски за дългосрочни грижи са в размер на 9,65 %. Изчисляват се върху максимален доход, в който се включват не само заплатата, но и някои периодични обезщетения, доходи от други дейности и печалба от стопанска дейност. Максималният размер за 2019 г. е 55 927 евро. [7]

Лицата с относително ниски доходи или без доходи имат право на здравни помощи. Кандидатства се чрез данъчните власти и одобрените (за 2016 г. те са около 36%) получават помощта по банкова сметка всеки месец. Целта е да се компенсира нарастващата премия за здравно осигуряване, така че задължителната основна застраховка да остава достъпна и за хора с по-ниски доходи.

Средно повече от 85% от премиите за здравно осигуряване отиват за болнично лечение, лекарства, посещение при общопрактикуващ лекар и грижи за психичното здраве. Около половината от този процент е за доставчиците на болнични здравни услуги, въпреки че фондовете сключват споразумения с болниците, за да поддържат ниски разходи за настаняване и лечение. Споразуменията с доставчиците дават възможност да се предлагат по-изгодни оферти. Възможно е разходите за болнично лечение да не бъдат възстановени ако се отиде при доставчик на услуги, с който здравноосигурителната компания няма споразумение. Същото се отнася и за лекарствата – ще бъдат платени най-евтините лекарства със същото активно вещество, независимо от това дали осигуреният е предпочел скъпия вариант.

Част от здравноосигурителната премия отива за оперативно управление, разходи за персонал и администрация, защото отделите за обслужване на клиенти и обработка на вземанията са много натоварени. Предлаганите онлайн застраховки целят именно намаляване на тези разходи, затова по-голямата част от комуникацията и фактурирането се извършва чрез Интернет. Средно от 3 до 5 на сто от премиата отива за оперативни разходи.

За да се отговори на финансовите изисквания на De Nederlandsche Bank и да се покриват възможни рискове при лечението на тежко болни клиенти, приблизително 2% от премиата за здравно осигуряване е за поддържане на законовия резерв на здравното осигуряване. [8]

5. Съпоставка между двете системи на здравно осигуряване

При историческия преглед на здравното осигуряване на преден план излиза времевото различие – от създаването на първия взаимоспомагателен фонд на холандските дърводелци минава повече от един век до появата на лекари в някои по-големи български градове и още 60 години до регламентирането на обществените осигуровки. През това време здравното осигуряване в Холандия постоянно се променя в зависимост от социално-икономическото развитие и разширяването кръга на осигурените, а в българските територии се практикува предимно народна медицина и се изграждат първите здравни органи и администрация след Освобождението. Това позволява общественото осигуряване в България от началото на 20 век да се развие като национално, използвайки опита в други страни, но без да повтаря техните предходни недобри регулации на съществуващи осигурителни фондове, създадени по частна инициатива и ограничени само в кръга на индустриалното работническо осигуряване. Обществено осигуряване не възниква и по инициатива на българските работници, както това е в Холандия и други западни страни, а по инициатива на държавата. Дори се посреща с известно недоверие от средите, за които е създадено, защото виждат в него по-скоро данъчна тежест, отколкото полезна институция.

През 40-те години на миналия век в Холандия е въведен германския модел на здравно осигуряване, а в България - съветския модел на здравеопазване. Задължително здравноосигурени са всички холандски граждани с по-ниски доходи, а останалите се застраховат в зависимост от здравословното състояние и за собствена сметка или заплащат всяка една здравна услуга, която ползват. Данъчно финансираното здравеопазване осигурява на българските граждани медицинска помощ по местоживеене. Холандците знаят, че навсякъде за всички здравни услуги се плаща, а у повечето българи се изгражда трайно съзнание за „безплатно“ здравеопазване, при което добрите болници и специалисти са в столицата и големите градове и, че могат да получат качествена здравна услуга само ако имат лични познания, ходатайство и платят „под масата“.

По отношение правото на здравно осигуряване в действащите в момента здравноосигурителни системи на двете страни, най-същественото различие е в отношението на осигурените към собственото здраве и личния принос във финансирането, а оттам и към ефективното управление. Срещу индивидуалните премии в здравноосигурителен фонд и върху доходите, самоучастието и личния принос в холандското здравно осигуряване, осигурените у нас не могат да влияят върху средствата, които внасят в солидарния здравноосигурителен фонд, защото осигуровките върху доходите се разпределят на договорен принцип между НЗОК и БЛС. Заложената в закона представителност на осигурените в Надзорния съвет на касата не постига ефекта на личната отговорност и преценка за необходимите здравни услуги. Неяснотата къде отиват и за какво се ползват вноските за здравно осигуряване, създава усещането за неефективна организация, злоупотреби и неудовлетвореност на осигурените. В действителност здравните услуги в българските лечебни заведения са част от глобалното здравеопазване и при предоставянето им се изпълняват медицинските стандарти за качество, макар и с ограничен ресурс. Затова самооценката на здравето на българските граждани е съпоставима с тази на гражданите на ЕС.

И в Холандия, както в повечето европейски държави, населението застарява и възрастните хора остават у дома по-дълго отколкото в болница, затова се отделя особено внимание и се предлагат програми за възрастни хора (75+), живеещи у дома, които включват интегрирани здравни грижи и социални услуги. Екипите, състоящи се от специалист по гериатрична медицина, медицинска сестра и съветник на възрастен човек, се ръководят от общопрактикуващ лекар. Тенденцията е възрастните хора да продължат да живеят самостоятелно вкъщи, колкото се може по-дълго. За разлика от България, където системата на продължителното лечение е слабо развита, а интегрирани здравни грижи липсват. Това дава отговор на въпроса защо 64,0% от мъжете и 55,6% от жените на възраст 65 и повече години в Холандия оценяват здравето си като добро и много добро, а за българите на тази възраст процентът е значително по-малък - 23,6% от мъжете и 16,8% от жените).[9]

6. Заключение

Независимо кой от публично обявените два варианта на здравноосигурителен модел ще бъде предпочетен, реформата трябва да бъде предшествана от дейности по развитие на електронното здравеопазване и изграждането на национална информационна система, вкл. електронен здравен запис, електронна рецепта, електронно направление и система за събиране на информация от болниците. Другото направление, което може да се развие, независимо от модела, е изграждането на центрове за интегрирани здравни услуги и грижи, в подкрепа на световната тенденция за намаляване на разходите за болнична помощ чрез изнасяне на по-голямата част от дейността в амбулаторни и домашни условия. При заимстване на опит и практики с доказани резултати, какъвто е „Холандският модел“, да се осигури обективност на информацията и да се знае, че холандското здравеопазване е най-доброто, не защото се намаляват разходите за здравеопазване, а защото качествената здравна услуга е и на висока цена. От изключителна важност за ефективността на промените е анализът на културните различия със страните, в които тези модели се прилагат.

Литература

1. Eurostat Statistics Explained. Self-perceived health statistics. Data extracted in December 2017. Planned update of the article: June 2019. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics
2. IsGeschiedenis. Ziekenfondsen en zorgverzekeringen in Nederland. <https://isgeschiedenis.nl/nieuws/ziekenfondsen-en-zorgverzekeringen-in-nederland>

3. SERAFIMOV, P., „Profesionalnoto dvizhenie na zdravnite rabotnitsi v burzhoazna Bulgariya i obshtestvenoto zdraveopazvane”, izdatelstvo „Meditsina i fizkultura”, Sofiya, 1981, str. 22 - 25
4. SHAROV, D-r G., Lekaryat v zakrilata na truda i obshtestvenoto osiguryavane. Sofiya. Gladston. 1938. s. 22 – 25.
5. Razdel „Taksi za lekuvane“ i „Priyuti“, chl. 188 – 191 ot Zakona za narodnoto zdrave, Utvarden s ukaz № 2/07.02.1929 g., obn. DV, br. 277 ot 09.03.1929 g., izm. i dop. 1933 g., 1935 g. i 1940 g., Darzhavno knigoizdatelstvo, Sofiya, 1941.
6. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). <https://magazines.nza.nl/standvandezorg/2018/04/bewust-kiezen-voor-een-zorgpolis>
7. Inkomensafhankelijke bijdrage. <https://www.zorgwijzer.nl/faq/zorgverzekeringswet>
8. Zorgpremie. <https://www.ziektelastenverzekering.nl/informatie/zorgpremie>
9. Zhivotat na zhenite i mazhete v Evropa. Statisticheski portret. Izdanie 2017. https://www.nsi.bg/The_life_of_women_and_men_in_Europe_2017/bloc-1c.html?lang=bg

ПРЕДПОСТАВКИ ЗА РЕГУЛИРАНЕ НА ИНОВАТИВНИТЕ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ²

PRECONDITIONS FOR THE REGULATION OF INNOVATIVE MEDICINAL PRODUCTS

Snezhana Kondeva

*Chairman of the Board of Directors of Second Multiprofile Hospital for Active Treatment – Sofia EAD,
Bulgaria, snkondeva@abv.bg*

Abstract. This report outlines the major preconditions for the development of the legal and ethical framework of the clinical trials and the emerging collision of interests generated by the introduction of new medicinal products in the medical sector. Furthermore, it seeks to tackle the issue of the guidelines that need to be followed in order to achieve a balance between private and public interests – promotion of innovations, ensuring affordable, safe, and efficient treatments, and provision of financial security for the health care systems.

Keywords: new medicinal products, clinical trials, evidence-based medicine, health technology assessment

1. Въведение

Публичното обсъждане на темата за достъпа на пациентите до нови лекарства се провежда между изявленията за неотменимото право на здраве и правото на здравно осигуряване и обосноваването на въвеждането на нови лекарствени продукти от гледна точка на клиничните резултати и бюджетната оценка. В почти всички случаи се взема решение за отлагане на рестриктивните мерки, с което преразходът на средствата за лекарства и медицински консумативи в общественния фонд е за сметка на извършваната медицинска дейност в лечебните заведения. Устойчивостта на проблема е основание да се търси промяна в механизма на взаимодействие между държавата, здравната каса, фармацевтичната индустрия, лечебните заведения, лекарите и пациентите. Неговата ефективност зависи от здравната политика в областта на промоция на здравето и профилактика на заболяванията, развитието на персонализираната медицина и реформите в здравноосигурителната система.

В доклада са проследени основните предпоставки за развитието на правната и етична рамка на клиничните изпитвания и създаващата се в настоящето колизия на интереси при въвеждането в практиката на нови лекарствени продукти. Търси се отговор на въпроса за насоките, които трябва да се следват за постигането на баланс между частния и обществения интерес - насърчаването на иновациите, гарантирането на достъпно, безопасно и ефикасно лечение и финансова сигурност на здравноосигурителните системи.

2. Етични аспекти

Исторически необходимостта да се регламентират етични норми възниква в отговор на променящия се лекарски статус, разширяващите се функции на държавната власт, общественото управление на здравноосигурителните фондове и нарастващата конкуренция във фармацевтичната индустрия. Основните периоди могат да бъдат представени накратко по следния начин:

Преди проблемът с излекуването и прилаганата лекарствена терапия да стане икономически, той е етичен: За дълъг период необходимостта от държавна намеса е само върху придобитото медицинско образование и квалификацията, но нещата се променят с увеличаване броя на лекарите. Много от тях остават без клиенти, което засилва конкуренцията и започва борба за „...пациенти, безсрамен пазарлък, изнудване за възнаграждение, примамливи реклами във вид на „научни съобщения“, публично изследване с рентгенови лъчи дори на душевните болести ...“. [1] Стремелът за противодействие на тези нрави първоначално възниква сред самото лекарско съсловие със създаването на организации, които обединяват практикуващите лекари и определят етични стандарти за професионалната им дейност.

² За цитиране: Кондева, Сн., „*Preconditions for the regulation of innovative medicinal products*“, доклад в XVI Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 18“ - Стопански факултет на ТУ-София, гр. Созопол, 2018 г.

Първата такава организация е Британската медицинска асоциация (1856 г.), а втората – Българският лекарски съюз (1901 г.). Доброволното членство не може да гарантира безопасността на всички пациенти, затова институционалната отговорност за квалификацията и спазването на медицинската етика от всеки практикуващ лекар се реализира чрез възлагане на държавни правомощия на лекарските камари – задължително членство, самоуправление на съсловие и саморегулация на медицинската дейност.

Клиенти на свободно практикуващия лекар са само тези, които имат възможност да заплатят труда му и да си купят лекарства, затова държавата и местното самоуправление започват да се грижат за крайно бедните, като наемат лекари и изграждат мрежа от здравни служби и болници за тяхното лечение. Колкото повече са нуждаещите се, толкова по-бързо се увеличава броят им, а впоследствие в тях започват да получават медицинска помощ и заможни граждани. Създава се възможност болните да избират къде да се лекуват и се поставя началото на държавната намеса в лечебната дейност и наемането на специфичната работна сила на лекарите.

Преди проблемът с обхвата на необходимото и достатъчно лечение и прилаганата лекарствена терапия да стане проблем на здравето осигуряване, той е етичен: Освен за бедните държавата поема отговорност и за здравето на хората, които се трудят и допринасят за икономическото ѝ развитие чрез заплащане на лечението от автономни осигурителни каси или осигурителни институти и връщането им на пазара на труда. В различните страни се прилагат различни системи за разплащане с лекуващите лекари – единият вариант е болният да избере лекаря и да заплати лечението, след което направените разходи да му бъдат възстановени, а вторият е извършената медицинска дейност да бъде заплатена на изпълнителите директно или чрез междинно сдружение на фондовите лекари. В първия случай лекарите запазват правото си на самостоятелна преценка за необходимото лечение, докато за фондовите лекари се налагат определени изисквания по отношение на медицинската дейност и допълнителната им квалификация – специална подготовка по някои от най-разпространените болести между осигурените; знания в областта на методи на икономично лечение, определяне работоспособността, откриване симулацията и др.

Съпротива срещу вмешателството в свободната лекарска професия има навсякъде. Докато обаче някои защитават интересите на съсловие и се стремят да запазят в законодателството принципът на независимост в работата на лекарите, други се възползват от възможността да увеличат доходите си чрез непочтени похвати, насочвайки независимото лекарско решение в една или друга посока – в началото на миналия век доброволен асистент в немска университетска акушерска клиника забелязал, че без показания поставят на операционната маса всяка жена, затова попитал главния лекар как изглежда жената, която не трябва да се оперира? Полученият отговор бил – „Такива тука няма”. [2] А според информация в съсловното списание в Павликенската кооперативна болница от около 2 000 операции, 1 000 болни били оперирани от апендицит, като се споменава и за „... населени места у нас, дето населението е останало без апендикси”. [3] Затова при приемането на Закона за обществените осигуровки има изказвания, че напълно свободният избор на лекарска помощ води до злоупотреби, констатиран и „в културни страни като Франция”, където на съд за злоупотреба с медицински книжки били дадени десет от най-видните лекари от гр. Бордо и двадесет и пет лекари от Марсилия, от които един бил професор от Марсилския медицински факултет. [4]

Освен за осигурителните отношения между здравния фонд и работниците регулация се налага за аптеките и търговията с лекарства. Определени са видовете аптеки, тяхната собственост, териториално разпределение, работно време и списъците с безплатни лекарства за бедни. Аптечната такса също е централно определяна по предложение на Висшия медицински съвет, Аптечната комисия и един представител на Търговската камара, а аптекарят е задължен да изпълни точно предписаните лекарства от лекаря и да не лекува освен в изключителни случаи. [5] Извън тези разпоредби е спорът между лекари и аптекари за терапевтичната необходимост от въвеждането на новооткрити лекарствени съединения, вносът и цената на патентованите продукти, безразборната и безкритична употреба на специалитетите, които се внасят, но могат да се приготвят и във всяка аптека, както и раздаването на лекарствени мостри на практикуващите лекари.

Преди проблемът с достъпа до иновативно лечение да стане обществен, той е етичен: Кръгът на осигурените и на покритите здравни рискове постоянно се разширява, като държавата става регулатор на отношенията между осигурител и осигурен по отношение на активното население. Едновременно с това тя е обвързана с осигуряването на медицинска помощ и услуги за лицата в под и над трудоспособна

възраст, социално слабите и боледуващите от социално значими и редки заболявания, тъй като освен създаване на условия за достъп до здравно осигуряване на гражданите с доход, демократичната държава гарантира правото на здраве на всички граждани. Здравеопазването се превръща в един от най-бързо развиващите се сектори с потенциал за растежа на икономиката, защото подобрява възпроизводството на работната сила и допринася за удължаването на средната продължителност на живота на гражданите, и защото самият сектор е огромен пазар, основно за фармацевтичната и медицинска технологична индустрия, ползвайки глобален обществен ресурс. Интензивността на този процес е вследствие конкуренцията, която стимулира научноизследователската и развойна дейност и внедряването на иновации в областта на медицината и фармацията.

Но началото на медицинските изпитвания върху хора не е свързано с конкуренцията. Дори не може да се говори за неетично поведение, понеже при тях става въпрос за престъпления против личността – най-зловещи и смъртоносни са нацистките изследвания, провеждани върху хиляди затворници в концентрационните лагери. „Ангела на смъртта“ е прякорът, даден от концлагеристите на д-р Йозеф Менгеле - един от най-жестоките лекари на СС, провел в подкрепа на нацистката идеология експериментите с близнаци, цигани и евреи, за да се определи издръжливостта на заразни болести при различните раси и докаже „еврейската расова малоценност“. [6]

След войната е организиран Нюрнбергският процес, резултатът от който е Нюрнбергският кодекс. Насоките в него полагат основите на Декларацията от Хелзинки, приета от Световната медицинска асоциация през месец юни 1964 г. Последното изменение на декларацията е от месец октомври 2013 г., но в нея още при приемането се утвърждава принципът, че основната цел на изследванията да генерират нови знания не може да има предимство пред правата и интересите на отделните изследователски субекти. [7]

Оказва се, че след приемането на Декларацията от Хелзинки (до 1972 г.) продължава започналият през 1932 г. в Тускиги, Алабама експеримент с 400 чернокожи мъже болни от сифилис. В продължение на 40 години са изследвани симптомите на нелекувания сифилис, заразили се 40 съпруги и се родили 19 деца с вроден сифилис. Дори и след като започнала националната програма за лечение с пеницилин, включените в програмата не получили лекарството и били оставяни да умират. Изследването не е тайно, тъй като през цялото време са публикувани доклади с резултатите. По-късно президентът Бил Клинтън официално се извинява на церемония в Белия дом на осем от оцелелите, а последният от тях починал през 2004 г. [8] В резултат на разкритията през 1977 г. в САЩ за първи път се въвеждат изисквания към изследователите и възложителите на клинични изпитвания.

Тези два примера са показателни за двойствената роля на лекаря в целия процес на клиничното проучване и трудното съчетаване на изследователския интерес с лечението на участващите пациенти. Въпреки това интересът на лекарите към клиничните проучвания расте, а причините са няколко : първата е свързана с тежките условия на труд, постоянното излагане на критични ситуации в практиката и крайно ограниченото време за почивка, семейство и свободно време; втората безспорно се свързва със сравнително ниските доходи на практикуващите лекари и третата основна причина е индивидуалният стремеж за професионално усъвършенстване и кариера.

С новите развития възникват морални дилеми, които все по-често се обсъждат извън медицинската общност. Предмет на публичния дебат са и условията за достъп до терапия с иновативни лекарствени продукти, заплащана от обществените средства на здравноосигурителната система.

3. Социално-икономически аспекти

Подемът на частната инициатива през 20 век за създаване на нови по-ефективни лекарствени продукти придобива глобални измерения, а принципите на въведената в САЩ Добра клинична практика при провеждане на клиничните проучвания са възприети и от страните членки на Европейския съюз. Действащата в момента обществена и национална правна рамка се основава на защитата на правата, безопасността, достойнството и благосъстоянието на участниците, като обхваща и лекарствената безопасност и ефикасност в периода след издаването на разрешение за употреба на лекарството и пускането на пазара. [9] [10]

Едно от основните изисквания, получените данни да бъдат надеждни и устойчиви, регламентира извършването на оценка във всяка фаза на проучванията и предоставянето от страна на спонсора на доказателства за това, както и до лекарствена регулация, включваща проследяване на ефикасността,

безопасността, резултатността и цената на новите лекарствени продукти (оценка на здравните технологии). Така се стига, от една страна, до прилагането в практиката на доказателствената медицина, и от друга, до ограничаване на достъпа до вече оценени като ефикасни и безопасни лекарствени продукти. Усилията на бизнеса да е конкурентен чрез разширяване на проучванията, производството и търговията с иновативни лекарствени продукти се сблъскат с ограничеността на ресурсите за здравеопазване, въпреки неограничените потребности от здраве.

Генерирането на знания относно потенциална нова терапия или нови употреби на вече съществуваща, както и обективността на данните, зависи от дизайна на клиничното проучване, затова то трябва да бъде контролирано, заслепено и рендомизирано. Това означава, че участниците се разделят на групи, една от които приема изпитваното лекарство, а другата – плацебо; участниците и изследователите не знаят коя група е експериментална (приемаща новото лекарство) и коя контролирана (на стандартно лечение или на плацебо), а разпределението в отделните групи е на случаен принцип.

Създаването на молекули с нови индикации и показания, получаването на разрешения, преминаването през всичките фази на проучване и пускането на пазара на ново лекарство отнема над 10 години и струва милиарди на фармацевтичната компания. За да се възстановят тези разходи и да се реализира печалба се дава патент на оригиналната молекула, който предоставя в законово определен срок изключителното право на компанията да произвежда и разпространява лекарството (монопол върху цената). Срокът зависи от държавата, в която е седалището на компанията, но в повечето случаи е около 20 години, а след изтичането на този срок и други компании могат да го произведат и разпространяват. Лекарствените продукти, произвеждани от генеричната индустрия, са еквивалентни на оригиналните молекули, но значително по-евтини, понеже производителите не влагат средства в проучванията и рекламата. Действието на иновативните и генеричните лекарствени продукти върху организма е едно и също или в рамките на определени допустими граници. Това обаче продължава да се оспорва от много американски и европейски лекари, фармацевти и пациенти, които не възприемат генеричните лекарства като биоеквивалентни, т.е. съдържащи същото активно вещество, както оригиналният медикамент. Проучване през 2016 г. установява, че 30% от анкетираните лекари в САЩ предпочитат да предписват оригинални лекарства, а в по-ранно проучване се съобщава, че по искане на пациентите двама от пет лекари „понякога“ или „често“ предписват оригинални вместо еквивалентни генерични лекарства. [11]

Въпреки скептицизмът, съвременната клинична практика се базира основно на научните доказателства, които са получени при провеждането на клинични проучвания, а те се отнасят и за генеричните лекарствени продукти. Лекарите ползват своя клиничен опит и заедно с данни от специализирани информационни мрежи и Интернет ежедневно вземат клинични решения за лечението на пациентите си. Като изключим случаите на конфликт на интереси, те оценяват рисковете и предписват терапия, която според тях е в най-голям интерес на пациентите и която в повечето случаи е иновативна. Ефект ще има ако предписаните лекарства са достъпни за пациента, т.е. покриват се от обществен здравен фонд или, ако лекарствата са разрешени за употреба в страната, пациентът има достатъчно лични средства да ги заплати. Извън тези хипотези лекарят трябва да промени терапията, но заместващата може да не е достатъчно ефикасна за излекуването или подобряването на здравословното състояние на пациента. В това отношение най-характерен е примерът с лекарствата за палиативна грижа - ако при пациента са изчерпани съществуващите терапевтични възможности се предполага, че новото лекарство ще намали страданието.

Глобализирането на проучванията и публичността на данните позволява интегриране на резултатите от множество клинични проучвания с подобни протоколи чрез метаанализ, за да се стигне до недвусмислено или обобщено заключение относно ефекта от лечението. Този статистически метод все по-често се използва от изследователските центрове на фармацевтичните компании и е възможност за утвърждаване на доказателствата за ефикасността на лечението. В същото време прогресивно се увеличава лечението с иновативни (оригинални) лекарствени продукти, а оттам растат и разходите за здравеопазване.

С най-високи разходи за здравеопазване са САЩ, а анализи показват, че това основно се дължи на разходите за лекарства, отпускани по лекарско предписание. От тях по-малко от 30 % са разходите за генерични лекарства, поради което се допуска, че иновативните лекарствени продукти са основен двигател на разходите на американската здравна система. [12]

У нас през последните три години средствата, които здравната каса е заплатила за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ са над 860

милиона лева. [13] Тук се включват лекарствените продукти, за които има разрешение за употреба в последната фаза на клинично проучване, или такива, за които не е изтекъл патентът на фармацевтичната компания. В действителност разходите за лекарствени продукти са значително по-високи, защото стандартната терапия е включена в общите разходи за лечение на пациентите по клинични пътеки и се заплаща отделно по договора с НЗОК.

Нарастваща икономическа тежест на новите фармацевтични технологии се отчита във всички европейски държави, а особеностите се дължат на различните системи на здравеопазване, стратегиите на фармацевтичните компании и правителствените политики, примерно по отношение ДДС върху лекарствата. В резултат на тези фактори и икономическите условия в съответната страна, значително варират цените на лекарствата и политиките по отношение на иновативните лекарствени продукти. Договорът за функциониране на Европейския съюз дава право на държавите членки самостоятелно да разпределят ресурсите за предоставянето на здравни услуги и медицински грижи и по този начин да управляват потреблението на лекарства, регулирането на цените им или определянето на условията за публичното им финансиране. Тези национални мерки за контрол на финансирането на лекарствата и управлението на тяхното потребление води до засягане интересите на фармацевтичните компании да продават определени лекарства на националния пазар. Постоянната съдебна практика на Съда на Европейския съюз признава правото на държавите членки да приемат такива мерки с оглед насърчаване на финансовата стабилност на тяхната система за здравно осигуряване. Затова всяка държава членка може да вземе мерки за управление на потреблението на лекарства, за регулиране на техните цени или определяне на условията за публичното им финансиране. [14] Едновременно с това Европейската комисия посочва, че справедливостта, достъпността, устойчивостта и качеството на грижите за европейските граждани са основни цели на здравната система за ЕС.

В тази връзка е предложението на Европейската комисия за устойчиво сътрудничество на общностно равнище по отношение оценката на здравните технологии, което трябва да гарантира, че всички държави от ЕС ще могат да се възползват от повишената ефективност за постигне на максимално висока добавена стойност за Съюза. [15] Доброволното сътрудничество до момента не води до желания резултат, защото всяка държава има своя система за оценка на новите технологии, което не дава достатъчни гаранции за надеждни резултати и равен достъп до най-ефикасните лекарствени продукти. Но и напред всяка от тях ще запази компетентността по отношение на цената и условията за финансиране с публични средства.

В нашата правна система оценката на здравните технологии за лекарствените продукти е регламентирана в наредба на министъра на здравеопазването от 2015 г. [16] За десетте месеца на 2017 г. са разгледани 45 нови лекарства, от тях с положителна оценка за реимбурсиране са 32 и три са с препоръка за финансиране от Министерство на здравеопазването. Увеличението на разходите за институциите за пет години напред от всички тези медикаменти ще е 134.2 млн. лв., а от неодобрените би било 69.9 млн. лв., което означава спестени 70 млн. лв. за следващите пет години. [17] Тези средства биха могли да се използват примерно за медицинската дейност в стационарните лечебни заведения.

4. Заключение

Възприемането на принципите за намаляване на разходите на обществените фондове в държавите членки и едновременно с това гарантиране достъпа до лечение чрез *използване на генерични и биоподобни лекарствени продукти*, беше една от темите на конференция, проведена в НДК, като част от календара на Българското председателство на Съвета на ЕС. [18] С насърчаването на употребата на генерични лекарствени продукти не се изчерпват мерките за осигуряване на ефективност при лекарствената терапия, още повече, че този процес в клиничната практика зависи от субективните оценки на лекуващите лекари и пациентите.

По-съществени са някои направления в здравната политика, които се отразяват и върху ефективността на лекарствената политика, а именно:

Правилно насочените *инвестиции за промоция на здравето и профилактика на болестите* могат да увеличат продължителността на живота в добро здраве и да съдействат за ранната диагностика и лечение на заболяванията. Колкото по-рано се диагностицира заболяването, толкова по-малко са разходите за лечение, включително и за лекарства, а шансовете за излекуване – по-големи.

С развитието на персонализираната медицина лечението на всеки пациент се съобразява с личните му характеристики. Индивидуалният подход, обединяващ диагностични методи от сферата на генетиката, молекулярната биология и др., отчита предразположеността към определено заболяване, както и повлияването от дадена терапия при конкретния пациент. По този начин се избягва експериментирането при сложни случаи и прилагането на лекарствена терапия, която още при планирането е с ниска оценка за успеваемост на лечението.

Осигуряването на условия за оптимално и ефективно разпределение на икономическата тежест от внедряването в практиката на иновативни лекарствени продукти включва осъществяването на посочените политики в *реформирана здравноосигурителна среда*. Успоредно с демонополизирането на Националната здравноосигурителна каса, възползването от повишената ефективност, в резултат на оценката на здравните технологии, както и усъвършенстването на договорния процес с производителите за цената на лекарствените продукти, реформата трябва да се отнася и до финансовия ангажимент на осигурените граждани. Статистиката включва България в страните с най-висок процент на личните разходи за здравеопазване и то без законово регламентирана клауза за самоучастие на осигурените. Данните са от изследване на разходите на домакинствата и тяхната обективност като цяло не следва да се оспорва, защото реално българските граждани отделят много средства за здраве. Особеността е, че са направени, не рядко чрез плащания в сивата икономика, но и като заплащане по ценоразписа на лечебното заведение за допълнителни здравни услуги пожелание; за лекарствени продукти и медицински консумативи, които не се покриват от здравната каса; за по-добри битови условия при стационарно лечение, и др. Но по този начин не се осигурява равен достъп до здравеопазване и равнопоставеност на пациентите в управлението на обществения здравноосигурителен фонд.

Предизвикателствата, в една или друга степен, са валидни за повечето държави членки, затова Третата програма „Здраве и растеж“ (2014 – 2020) е насочена към запазване здравето и активността на гражданите на Съюза за по-дълго време и предоставяне на възможност да участват активно в полагането на грижи за собственото си здраве, като се очаква тази мярка да намали натиска върху националните бюджети. Програмата има за цел да улесни възприемането на доброволна основа на иновациите в здравния сектор и преодоляване на неравенството по отношение на здравето чрез насърчаване и улесняване на обмена на добри практики.

В последното десетилетие ефективният подход в Холандия я поставя на първите места в класациите по качествено здравеопазване. Резултатите се дължат на демонополизираната здравноосигурителна система и възможността гражданите да избират своя застраховател, но и на условието за собствен риск в здравната застраховка. Това засилва конкуренцията на пазара и променя поведението на заинтересованите страни – застрахователите предлагат постоянно по-добри условия, лекарите се въздържат от преимуществено предписване на иновативни лекарствени продукти на определени фирми, а пациентите престават да са безкритични към ефикасността и цената на прилаганата лекарствена терапия. Опитът на тази държава членка, въпреки културните различия, не следва да се пренебрегва при определянето на насоките за промяна в националната здравноосигурителна система.

Литература

1. ОРАХОВАЦ, Д-р П. Статия. „Поглед върху нашите санитарни закони“, Летописи на Лекарския Съюз в България, кн. 10-11, 1908, с. 1-10.
2. ЛИК, Е. Лекарят и неговото призвание, печатница „Художник“, София, 1928 г., с. 36 и 37.
3. „Хроника“, Летописи на Българския лекарски съюз, кн. 1 от 1940 г., с. 26.
4. ШАРОВ, Д-р Г., 1938. Лекарят в закрилата на труда и общественото осигуряване. София, Печатница „Гладстон“, с. 5.
5. Закон за народното здраве, 1929 г.
6. United States Holocaust Memorial Museum, Washington, DC. Holocaust Encyclopedia. Nazi medical experiments. <https://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005168>
7. World Medical Association's (WMA). Declaration of Helsinki. Medical Research Involving Human Subjects. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>
8. Tuskegee syphilis experiment. https://en.wikipedia.org/wiki/Tuskegee_syphilis_experiment
9. Регламент (ЕС) № 536/2014 на Европейския парламент и на Съвета от 16 април 2014 година относно клиничните изпитвания на лекарствени продукти за хуманна употреба, и за отмяна на Директива 2001/20/ЕО Текст от значение за ЕИП, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=CELEX%3A32014R0536>
10. Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, обн., ДВ, бр. 31 от 13.04.2007 г.; в сила от 13.04.2007 г., последно доп., ДВ, бр. 103 от 28.12.2017 г., в сила от 01.01.2018 г.

11. OLIVIER J. WOUTERS PANOS G. KANAVOS MARTIN McKEE. Comparing Generic Drug Markets in Europe and the United States: Prices, Volumes, and Spending.
First published: 12 September 2017 <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12279>
12. DR. HECTOR FLORIMON. Study. Why the US spends more on health care than other countries, but doesn't fare better: Mar 13, 2018. <http://abcnews.go.com/Health/us-spends-health-care-countries-fare-study/story?id=53710650>
13. Официален сайт на НЗОК. <https://www.nhif.bg/page/216>
14. Предложение за директива на Европейския парламент и на Съвета относно прозрачността на мерките за регулиране на цените на лекарствените продукти за хуманна употреба и тяхното включване в обхвата на системите за обществено здравно осигуряване /* COM/2012/084 final - 2012/0035 (COD) */ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=CELEX%3A52012PC0084>
15. Европейска комисия. Представителство в България. 31-01-2018.
https://ec.europa.eu/bulgaria/news/%D0%B0ssessing-health-technology-in-the-eu-ec-proposes-to-reinforce-cooperation-amongst-member-states_bg
16. Наредба № 9 от 01.12.2015 г. за условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии, обн., ДВ, бр. 97 от 11.12.2015 г.
17. Официален сайт на Националния център по обществено здраве и анализи. <http://ncphp.government.bg>
18. Официален сайт на Българското председателство на Съвета на ЕС. <https://eu2018bg.bg/bg>

СОЦИАЛНИЯТ ЕФЕКТ НА ЕЛЕКТРОННАТА КОМУНИКАЦИЯ ВЪРХУ ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ³

Snezhana Kondeva

Chairman of the Board of Directors of Second Multiprofile Hospital for Active Treatment – Sofia EAD, Bulgaria
snkondeva@abv.bg

Abstract. Health policy on a global scale redirects efforts and resources to ensure the welfare of the healthy and the chronically ill citizens. Unlike the activity of people with a serious health problem, who relocate seeking medical aid, the increasing of life expectancy in good health requires a different type of activity and communication with the institutions without leaving the place of residence and work. The key focus in support of the possibilities to ensure the sustainability of the health sector are: the existing communication problems in healthcare, the health e-communication in service of the unsatisfied needs, the results of the contemporary method of communication and the change in the vision for public health.

Keywords: communication problems in healthcare, health e-communication, public health

1. Въведение

Общите предизвикателства за устойчивостта на здравните системи са свързани с повишеното търсене на здравни услуги и ограничеността на публичните ресурси; застаряването на населението и увеличаването на хроничните заболявания; нарушената възрастова структура и неравномерното разпределение на здравните специалисти; неравнопоставеността при достъпа до здравни услуги, свързана със структурни, финансови, правни, езикови, възрастови и др. фактори и здравните неравенства в качеството на здравната грижа, дължащи се на проблеми в комуникацията.

В отговор на тези предизвикателства, отчитайки потенциала на инструментите и услугите на електронното здравеопазване, Съветът на ЕС препоръчва реализиране на иновативни подходи и модели на здравеопазване, засилване промоцията на здравето и профилактиката на заболяванията и прилагане на персонализирана медицина. (Council of the EU, 2017) Перспективата е в развитието на възможностите за интегрирано здравно обслужване на населението и осигуряването на ефективна Е-комуникация между заинтересованите страни.

Съществуващите проблеми при комуникацията в здравеопазването, здравната Е-комуникация в услуга на незадоволени потребности, резултатите от съвременния начин на общуване и промяната във визията за общественото здраве, са поставените акценти в подкрепа на възможностите за осигуряване на устойчивост на здравния сектор.

2. Проблеми при комуникацията в здравеопазването. Променена реалност

За целта на доклада проблемите са групирани като възникващи при междуличностната, межкултурната и междуинституционалната комуникация в здравеопазването:

Комуникацията и междуличностните умения допълват знанията на лекаря и формират неговата компетентност. В комуникация с пациента лекарят научава медицинската история и определя необходимата информация за вземане на решение, задавайки отворени или затворени въпроси или използвайки мълчанието; обяснява диагнозата; евентуалните усложнения и прогноза; дава терапевтични указания и консултации. Резултатът от лечението зависи от позитивните нагласи на лекаря да подобри здравето, а не само да лекува болестта, от уменията да намали безпокойството на пациента и установи доверие помежду им. Процесът е двустранен и професионалната етика признава правото на пациента да избира своя лекар, но позволява и на лекаря да откаже лечение ако прецени, че не е в състояние да постигне пълноценен контакт. Това на практика трудно се осъществява, затова пациентите са разколебани, а резултатите от лечението - неудовлетворителни, когато усетят някакво раздразнение, досада или безразличие към себе си. При липса на добра комуникация, дори професионалният разговор и поведение да отговарят на стандартните изисквания, пациентите, най-вече тези с хронично заболяване, е възможно да реагират неадекватно – да не задават допълнителни въпроси, да не вземат или по собствена преценка да

³ За цитиране: Кондева, Сн., „*The social effect of electronic communication on public health*“, X международна научна конференция „Е-управление и е-комуникации“, гр. Созопол, 2018 г.

намаляват дозата на предписаните им лекарства и да не изпълняват дадените им препоръки и съвети, тъй като не вярват на своя лекар.

В проучване, съобщено на уебстраницата на Institute for Healthcare Communication, (ИНС, 2011) 25% от американците казват, че не са следвали препоръките на лекарите си, а посочените причини са: несъгласие с това, което се иска да направят по отношение предписаното лечение (39%); цената на терапията (27%); дадените им инструкции са трудни за изпълнение (25%); терапията е против личните им убеждения (20%), а 7% съобщават, че не разбират какво би трябвало да правят.

Към междуличностните проблеми се отнася и професионалното общуване със старите хора. В голяма степен то се изразява в пренебрежение и недооценяване от страна на специалистите на поведението на тези хора, формирано от средата и социалните и икономическите условия, но и от биологичните последствия на остаряването. Социалното незачитане се отразява в неадекватни грижи и засилва състоянието на зависимост на възрастните и хронично болни граждани. (BPA, 1999)

Като обективна причина за дистанцията между лекар и пациент може да се определи намаленото времетраене на прегледа при общопрактикуващите лекари и провеждането на лечение в амбулаторни и домашни условия без наблюдение от специалист.

Проблемите в комуникацията от *межкултурен характер* се увеличават вследствие глобалните процеси в икономиката, образованието, технологиите, информацията, медицината и свързаните с тях мобилност на човешки ресурси, здравни специалисти, пациенти, както и търсещи убежище бежанци. В националната културна среда също има различия, основани на образованието и етническата принадлежност, а все по-често в лечебните заведения членовете на медицинския екип са от различни националности.

Езиковата *бариера* е *най-често* срещаният проблем, който води до недоразумения и грешки при клиничната среща. При тази среща двете страни си разменят разнообразни вербални и невербални сигнали, но дори говорейки на един език е възможно да не се разбират добре или поради различие в културата да ги разчитат погрешно. Лекарят може да не чуе, види или възприеме правилно някои от достъпните сигнали и да се насочи погрешно към една хипотеза за заболяването, а пациентът да не е в състояние да разбере обясненията и да откаже провеждането на изследване, операция и лечение, които ще му навредят. В държави с етнокултурни имигрантски общности възниква и друг проблем – да не се изпълнява терапията и препоръките поради различно оценяване на здравето и болестта. В някои култури хората възприемат болката като изпитание или я приписват на съдбата или на Божиата воля, стремят се да я нормализират и приемат спокойно. (Côté, D, 2013) При оказването на здравна грижа при бежанците се прибавя и недостатъчната информация за медицинската история, защото нямат лични здравни досиета, което може да се отрази негативно върху безопасността и изхода от лечение при тези хора.

Съвременното здравеопазване не предоставя комплексна здравна услуга и пациентите сами трябва да се ориентират в една сложна и строго регулирана система от институции. На недобрата *междунституционална комуникация* се дължат проблемите с осигуряването на универсален достъп до здравеопазване – отделни граждани или групи от населението остават без здравно покритие, защото в населеното място или района няма общопрактикуващ лекар; нямат информация какъв специалист им е необходим; по какъв начин и къде да продължат лечението си и какви допълнителни финансови средства ще са им необходими; не могат да заплатят транспортните разходи или имат увреждане, което не им позволява да пътуват до друго населено място; дълго време изчакват за посещение при общопрактикуващ лекар, специалист или прием в болница; обръщат се към звената за спешна медицинска помощ ако междуременно състоянието им се влоши и не търсят здравни услуги при първоначални симптоми, защото са разколебани от създаденият конфликт между конвенционалната и алтернативната медицина, зад който се прикриват много интереси.

Лекарят в първичната медицинска помощ има сложната задача да осигури лесен достъп, приемственост и координация на необходимите здравни грижи в сътрудничество с пациента. Той извършва профилактична дейност, диагностицира, съставя план и провежда лечението, оценява резултатите и проявата на нежелани ефекти на предписаните лекарства, своевременно коригира терапията и при необходимост насочва пациента за консултация със специалист, за болнично лечение или за рехабилитация. Клиничната компетентност на общопрактикуващия лекар изисква координация на всички тези дейности и способност да изслушва и обяснява разбираемо на пациента и близките му. Все по-рядко

обаче може да се отдели достатъчно време и да се осигури координирането на необходимите здравни грижи за всеки един пациент, затова нуждаещите се сами се насочват към специалист и лечебно заведение и решават какви консултации и изследвания, вкл. и високотехнологични, са им необходими.

При липсваща координирана грижа и междуинституционална комуникация разходите се увеличават поради злоупотреба със спешната помощ, дублиране на услуги, ненужни посещения при специалисти, извършване на излишни, често скъпи изследвания и процедури. В САЩ разходите за здравеопазване през 2014 г. са се увеличили с 5.3%, БВП за здравеопазване от 17.3% през 2013 г. е нараснал на 17.5%, а разходите за първични здравни грижи представляват само около 6% или около 1% от БВП. (DeAngelis, 2016) Повишените разходи за здравеопазване са сериозен проблем за всички държави, като за националните здравни системи той се задълбочава от недостига на лекари в първичната медицинска помощ. В Германия има 2600 свободни лекарски практики, а прогнозите са до 2030 г. да не достигат 10 500 общопрактикуващи лекари. (KBV, 2018) За България, в анализа към проекта на Национална здравна карта, също е констатиран повсеместен недостиг, като той е най-сериозен в област Кърджали, където при обща потребност за цялата страна от 66,6 общопрактикуващи лекари на 100 000 души, реалната осигуреност е 40,44 на 100 000 души. (MZ, 2018)

Интегрирането на информационни и комуникационни технологии в образованието, бизнеса, дома и свободното време е основание вече да говорим за цифрова трансформация, за цифрово здравеопазване и нови подходи за предоставяне на безопасни и ефективни здравни услуги, както и за политики в управлението на електронната комуникация, с цел подобряване на здравето в цифровото общество.

Потребителите на онлайн здравна информация постоянно се увеличават, като една от причините е стремежът за благополучие и поддържане на добро здраве чрез добра информираност и ангажираност на гражданите. През 2014 г. 28,2% от европейците са се интересували от обща информация за здравето, а 32,9% са влизали в Интернет, за да търсят информация за конкретна болест. (F Eurobarometer, 2014) През 2015 г. почти две трети (66%) от американците използват мобилно приложение за управление на здравето, а интересите при изтегляне и използване на мобилни приложения отразяват проактивните желания за информационни, функционални и интерактивни програми: проследяване на диета/хранене (47%); напомняния за медикаменти (46%); проучване на симптомите (45%) и отчитане на физическата активност (44%). (Makovsky, 2015) По данни на Националния статистически институт през 2017 г. 67.3% от домакинствата в България имат достъп до интернет в домовете си, като е отбелязан ръст от 3.8 процентни пункта спрямо предходната година. 61,9% от лицата в домакинствата използват Интернет всеки ден или поне веднъж в седмицата, а 53,1% са търсили информация, свързана със здравето (напр. за нараняване, болести, хранене, подобряване на здравето и др.) (NSI, 2017)

3. Общодостъпна здравна информация. Ефектът на Е-комуникацията

С развитието на науката за общественото здраве научните изследвания се насочиха към влиянието върху човешкия организъм на социалната среда и рисковите фактори - социално-психологическите и хранителни навици, замърсеността на атмосферния въздух, химикалите, лошото качество на водата и недостатъчното хигиенизиране. В зависимост от културните различия се очертаха модели на поведение, насърчаващи промоцията на здравето и превенцията на болестите като начин за постигане на благополучие. Успоредно с това усилията на международните организации и изследователският интерес се съсредоточиха върху лечение на болестите, ограничаване разпространението на заразни и паразитни заболявания и към справяне с натиска върху националните системи, вследствие нарастващото търсене на здравни услуги от възрастното население. Тези процеси повлияха еволюцията на здравната информация и комуникацията между потребителите, доставчиците и институциите в Интернет чрез здравните онлайн платформи, използвани от специалистите и чрез социалните мрежи, достъп до които има всеки гражданин. Общодостъпната онлайн информация и Е-комуникацията вече имат непосредствено въздействие върху общественото здраве, защото въз основа на тях се вземат много здравни решения в практиката.

Освен повишаването на здравната култура на населението - насърчаването на здравословния начин на живот и профилактиката, достъпът до Интернет дава повече възможности за избор на здравни услуги, подобрява комуникацията със здравните органи без да се нарушава деловата активност, намалява безпокойството и повишава положителният ефект на самоконтрола при възрастните и хронично болни граждани. Леснодостъпната здравна информация на майчиния език намалява зависимостта на пациентите

и им дава повече увереност при комуникацията и предоставянето на информирано съгласие, дори когато им е отделено малко време при посещението и са получили от своя лекар кратки и неясни обяснения за заболяването, терапията и възможностите за излекуване. Информираността също така увеличава самочувствието на пациентите, че могат да бъдат активни участници в споделянето и вземането на здравни решения и част от тях отиват при лекаря с конкретни предложения. Това поставя поредното предизвикателство пред комуникацията относно търсенето на онлайн здравна информация и преднамерено отношение на лекарите към такива пациенти. Поведението и отношението в такава ситуация дори сътвори анекдот, в който лекарят съветва пациент „ако се е диагностицирал в Google, да потърси второ мнение в Twitter“. Друга част от пациентите уважава компетентността на лекаря и професионалното му умение да се ориентира в огромния обем информация за заболяването и да комбинира по уникален начин тези знания към тяхното здравословно състояние и затова търсят препоръчаната им здравна информация.

В проучване сред 56 участници на възраст от 50 до 87 години (средно 69 години), интервюирани в Торонто, Канада, където всички жители имат достъп до обществено финансирана система на здравеопазване (за да се избегнат пречките пред комуникацията, свързани със здравното покритие и разходите), 43% са търсили здравна информация, вместо да отидат на лекар; 41% са използвали Интернет, за да се информират за лечението на заболяването, но след това са говорили с лекар; а 46% винаги са търсили информация за заболяването, след като са диагностицирани от лекар. Малко под половината (48%) са доволни от резултатите от търсенето на здравна информация в Интернет. От отговорите на 42-та участници, които редовно комуникират с лекар, 45% отразяват общите опасения относно надеждността или ограниченията на информацията, достъпна онлайн, а следващата по-голяма част от отговорите (21%) се отнасят до ограничения в собствената им способност да подреждат или оценяват онлайн здравната информация. Някои от 14-те участници, които никога не са обсъждали с лекар търсенето на информация в Интернет са убедени от техни близки да не го правят, защото това ще се отрази неблагоприятно на лечението. Друг участник съобщава, че успява да намери необходимата му здравна информация и не се обръща към лекаря си, тъй като смята, че не би могъл да му помогне. (Silver, 2015)

В отговор на притесненията, които хората без медицинско образование имат при търсенето на информация, преценката на надеждността ѝ, както и недостатъчното време, което могат да отделят, доставчиците в мрежата предлагат повече посреднически услуги за намаляване на „смущенията“ в комуникацията между лекаря и пациента. Благодарение на новите технологии по всяко време на денонощието може да се проведе консултация с лекар по телефона, имейла или да се осъществи видеовръзка през удобно за потребителя устройство.

Независимо от новите предизвикателства Е-комуникацията ограничава неблагоприятните последици от дистанцията между лекаря и пациента и недобрата информираност, като по този начин се намалява вероятността от допускане на медицински грешки и се увеличава защитата от прекомерна медицинска намеса. Е-комуникацията гарантира в по-голяма степен лекарствената безопасност и употребата на медицински консумативи чрез разширяване и разнообразяване на връзките и координацията между възложителя на клиничното проучване и регулаторните органи, на възложителя с изследователските центрове, участниците в проучването и потребителите след пускането им на пазара.

Е-комуникацията насърчава качеството на грижите чрез оптимизиран достъп и спазване на указанията, а приносът ѝ за справедливо разпределяне на отговорностите и разходите е съществен. Показателен е примерът с междуинституционалната комуникация и координация на спешната медицинска помощ (СМП). След запитване на BBC се оказва, че през 2014 г. в Лондон 153 564 пациенти са потърсили спешна помощ, защото не са имали личен лекар. (Novini.co.uk, 2015) В Германия 53% от германците при спешен случай са отишли първо в болница, като голяма част от тях са получили само амбулаторна медицинска помощ. С предложението на Kassenärztlichen Bundesvereinigung пациентите, които досега поради тревожност и неинформираност посещават през почивните дни и през нощта първо болница, трябва да наберат телефон за спешни случаи. Персоналът, който отговаря на него трябва да разбере чрез конкретни въпроси дали пациентът да бъде транспортиран до болница или насочен към извънболничната помощ. Така амбулаторните случаи ще бъдат насочвани към лекарските практики, а пациентите в тежко и животозастрашаващо състояние – към болниците. (Kölnische Rundschau, 2017) В България положението е сходно – много от здравно неосигурените граждани и осигурените в извънработното им време, посещават

спешните приемни отделения на болниците. Всеки постъпил пациент, независимо дали е транспортиран с линейка на звено за СМП или е дошъл сам, трябва да бъде прегледан, защото спешен пациент е и този, който сам преценява състоянието си за спешно. Министерство на здравеопазването заплаща само за пациенти, на които е потвърдена спешната диагноза, а разходите за всички останали неспешни амбулаторни прегледи остава за сметка на съответното лечебно заведение, ако пациентът откаже да плати. При добра комуникация между институциите и разпределение на здравните грижи този проблем може да бъде решен по справедлив начин като в Германия, където освен предлаганата предварителна селекция на спешността, досега от бюджета на първичната медицинска помощ се превеждат на болниците 350 милиона евро годишно за обслужените амбулаторни пациенти.

Спонтанната комуникация в социалните мрежи по повод здравето е обект на социологически проучвания, а данните, които се събират от институционализираната Е-комуникация (отчитане на резултати, наблюдение и докладване на заболявания, свързани с общественото здраве, обучение на кадри и др.) могат да се отразят директно върху здравната политика, прилагането на персонализираната медицина и управлението на качеството на здравните услуги за населението.

Подобрената комуникация между институциите, доставчиците и потребителите на здравни услуги позволява да се осъществява обществен контрол върху здравната система; да се подобри координацията и гъвкавостта на амбулаторните здравни услуги за населението; да се осигури качествена здравна помощ на регионите и да се гарантира безопасността на пациентите при трансграничното здравно обслужване.

4. Заключение. Здравна политика в дигитална среда

За разлика от активността на хората със сериозен здравословен проблем, които търсейки медицинска помощ се придвижват, удължаването на продължителността на живота в добро здраве изисква друг тип активност и комуникация с институциите без да се напуска мястото на живеене и работа. В същото време, младата генерация лекари не е склонна да прави повече компромиси с начина си на живот извън работата и да продължава да поема огромната социална отговорност, която до момента се възлага на практикуващите лекари – постоянно 24 часово покритие с висококвалифицирана медицинска помощ, нощни дежурства, извънреден труд и създаването на огромен обем здравна документация. Връзката между тях принадлежи на лекарските асистенти, здравните специалисти и социалните професии, а мястото на срещата са центровете за комплексно и интегрирано здравно обслужване на гражданите, в които се прилага мултидисциплинарният подход при извършването на профилактика, диагностика, лечение, проследяване и рехабилитация. Този подход гарантира непрекъснатост в осигуряването на медицинските дейности, съдействие на специалистите в първичната медицинска помощ в осъществяване на координираща здравна грижа, комуникация с експертните центрове и референтните мрежи за редки заболявания, развитието на телемедицината и осигуряването на дистанционни консултации, здравен мониторинг и медицински измервания. Потенциалът на центровете за интегрирана грижа се отнася до възможностите на дигиталната среда и Е-комуникацията да предоставят персонална и колективна здравна услуга от разстояние, да осигуряват навременен достъп до необходимата здравна информация и вземането на клинични решения, без закъснения и без дублиране на услуги или ненужно използване на неподходящи грижи, с произтичащите от това обществени и лични разходи. Интегрираните грижи ще допринесат за по-добра комуникация и устойчивост на националните здравни системи, както и за реални ползи за потребителите.

В тази перспектива здравната политика в световен мащаб пренасочва усилия и ресурси за осигуряване благосъстоянието на здравите и хронично болни граждани в дигиталната среда чрез политики за реформи, програми за насърчаване на оперативната ефективност, използване на иновациите в управлението на здравето на населението, уелнес и амбулаторни здравни грижи, адресирани към социалните фактори на яздравето.

Качественото здравеопазване, предоставящо емоционална и физическа близост между специалистите и нуждаещите се от здравни грижи, все по-често в бъдеще ще използва дигиталните възможности за комуникация между мултидисциплинарните екипи и населението.

References

Council of the EU. (2017) Council conclusions on Health in the Digital Society – making progress in data-driven innovation in the field of health. (2017/C 440/05)

Institute for Healthcare Communication (IHC). (2011) Impact of Communication in Healthcare. [online], <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/> (accessed on 13/04/18).

Balgarska psihiatrichna asotsiatsiya (BPA). (1999) Etichni problemi v psihichnozdravnata pomosht. Pod redaktsiyata na Barkar, Filip Dzh., Stiv Bolduin, s. 73.

Côté, D. (2013) Intercultural communication in health care: challenges and solutions in work rehabilitation practices and training: a comprehensive review. Epub 2012 May 23. [online], <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22616895> (accessed on 13/04/18).

DeAngelis, CD. (2016) Where Have All the Primary Care Doctors Gone? Milbank Q. 2016 Jun. [online], <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911721/> (accessed on 05/05/18).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2018) Mangel an Mediziner in Deutschland. [online], https://rp-online.de/politik/deutschland/kassenaerztlichen-bundesvereinigung-deutschland-fehlen-tausende-mediziner_aid-17824231 (accessed on 18/04/18).

Ministerstvo na zdaveopazvaneto (MZ). (2018) Proekt na Reshenie na Ministerskiya savet za utvarzhdavane na Natsionalna zdravna karta na Republika Bulgariya. [online], <https://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/proekti-na-normativni-aktove/> (accessed on 03/05/18).

F Eurobarometer. (2014) European citizens' digital health literacy. [online], http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_404_sum_en.pdf (accessed on 03/05/18).

Makovsky. (2015). Fifth Annual "Pulse of Online Health" Survey Finds 66% of Americans Eager To Leverage Digital Tools To Manage Personal Health. [online], <http://www.makovsky.com/news/fifth-annual-pulse-of-online-health-survey-2/> (accessed on 03/05/18).

Natsionalen statisticheski institut (NSI). (2017) Izpolzvane na IKT ot domakinstvata. [online], <http://www.nsi.bg/bg/content> (accessed on 03/05/18).

Silver, MP. (2015) Patient Perspectives on Online Health Information and Communication With Doctors: A Qualitative Study of Patients 50 Years Old and Over. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4319073/> [online], <http://www.nsi.bg/bg/content> (accessed on 07/05/18).

Novini.co.uk. (2015) Nad 150 hil. patsienti v London, potarsili speshna pomosht, nyamat lichen lekar. [online], <http://novini.co.uk/%D0%BD%D0%B0%D0%B4-150-%D1%85%D0%B8%D0%BB> (accessed on 07/05/18).

Kölnische Rundschau. (2017) Rufnummer statt Krankenhaus Praxisärzte wollen neue Notfallversorgung. Von Eva Quadbeck. [online], <https://www.rundschau-online.de/politik/rufnummer-statt-krankenhaus-praxisaerzte-wollen-neue-notfallversorgung-28572214> (accessed on 07/05/18).

ИКОНОМИЧЕСКА И СОЦИАЛНА ПЕРСПЕКТИВА ЗА БАЛНЕОЛОЖКИТЕ ДЕСТИНАЦИИ В СТОЛИЦАТА⁴

ECONOMIC AND SOCIAL PERSPECTIVE FOR THE BALNEOLOGY DESTINATIONS IN THE CAPITAL CITY

Snezhana M. Kondeva

*Chairman of the Board of Directors of Second Multiprofile Hospital for Active Treatment – Sofia EAD,
Bulgaria, snkondeva@abv.bg*

Abstract: The ever increasing competitive environment of the international tourism industry determines a new agenda for ensuring the sustainable development of tourism in Bulgaria. It includes an innovative approach to the specialized forms of tourism, including the balneological tourism and the creation of legislation that would ensure the implementation of policies in this context. The report traces and highlights the basic legislative obstacles to the establishment of effective medical and rehabilitation spa product in the capital city. The main thesis is that the elaboration of a common strategy in field of balneology between the Ministry of Health, the Ministry of Labour and Social Policy and the Ministry of Tourism will increase the possibilities that the local authorities achieve the objectives set in the social field and those for economic growth in the territory of the municipality.

Keywords: balneology, balneological tourism product, balneology destinations

1. Въведение

Новата политическа рамка на европейския туризъм се основава на възприемането на Европа като съвкупност от устойчиви туристически дестинации. Целта е да бъдат достигнати значителни икономически ползи посредством стимулиране на посещенията на туристи от държави извън Европейския съюз, но също така чрез повишаване на интереса от страна на самите европейци към пътуванията в Европа (ЕС, 2010). Успехът в тази конкурентна среда зависи от повишаване привлекателността и по-добрата видимост на европейските туристически дестинации, а за България и от нов дневен ред, който да осигури устойчивото развитие на туризма. Стратегическите насоки са за прилагане на иновативен подход по отношение специализираните форми на туризъм, включително балнеоложкия, и създаването на законодателство, което да гарантира реализирането на политиките (Актуализирана ..., 2014 – 2030). София разполага с всички природни дадености - климатични условия и минерални извори, както и инфраструктура за утвърждаването ѝ като перспективна европейска балнеоложка дестинация (Стратегия ..., 2017 – 2030).

В доклада се проследява развитието на правната регламентация на обектите за предоставяне на балнеоложки услуги, основните раздели на физиотерапията и подготовката на кадри за балнеоложките центрове, предизвикателствата и възможностите за ефективен мениджмънт в лечебните заведения за продължително лечение и рехабилитация, както и основните законодателни пречки за създаването на лечебно-възстановителен балнеоложки продукт в столицата. Тезата е, че изработването на обща стратегия и синхронизирането на законодателството в областта на балнеологията между трите министерства - на здравеопазването, на труда и социалната политика и на туризма, ще увеличи възможностите на местната власт за постигане на поставените цели в социалната сфера и икономическия растеж на територията на общината.

За изясняване на съществуващите бариери пред създаването на ефективен балнеоложки туристически продукт в столицата се търсят отговори на следните въпроси: Каква е видимостта и условията за предоставяне на балнео и СПА услуги? Какво е удовлетворението на потребителите? Какви са правните и финансови ограничения? Защо трябва да се промени статута на лечебните заведения, предоставящи едновременно лечебни, балнео и СПА услуги?

⁴ За цитиране: Кондева, Сн., „Икономическа и социална перспектива за балнеоложките дестинации в столицата“, доклад в Петнадесетата международна научна конференция на МВБУ „Туризм – изследване, развитие обучение“, гр. София, 2018 г.

2. Развитие на правната регламентация на обектите за предоставяне на балнеоложки услуги

В Закона за народното здраве от 1929 г. минералните извори, баните, климатическите или приморските станции, използвани за лечебни цели и почивка, са поставени под надзора на санитарната власт. Главната дирекция на народното здраве е определяла кои места са курортни (лечебни), като всяко курортно място е трябвало да има утвърден благоустройствен план, задоволителна в хигиенно отношение вода за пиене, канализация, лекар и помещение за изолиране на заразно болни.

Още с възникването на общественото осигуряване в България осигурените за болест и майчинство са могли да ползват сезонните лечебни станции на фонд „Обществени осигуровки“, ако са хронично болни, с показано такова лечение. Към станциите за сезонно лечение са се числели и възстановителните станции, предназначени да създадат условия за бързо възстановяване здравето и работоспособността на осигурени, боледували от тежки и изтощителни страдания.

Имало е специален правилник за уреждане на летните лечебни станции, публикуван в държавен вестник през 1937 г. Съгласно този правилник те са били откривани през летния сезон в собствени на фонда здания или в здания, наети само за сезона. Във втория случай обзавеждането и прехраната на осигурените се отдавало на предприемач по търг. Собствени здания фондът е имал край с. Самараново, дупнишко, и в минерални бани край Сливен. Летните лечебни станции са били три вида: за климатично лечение, за лечение при минерални бани и за морелечение. Изпращането на болните е ставало по реда, установен с правилника: предварителен преглед от особена комисия, одобрена от Дирекцията на труда и изпращане на одобрените на смени. Смяната е траела 25 дни за климатичните и банските станции и 30 – за морските.

Първото в страната самостоятелно отделение по физиотерапия е разкрито на 1 май 1947 г. в старите постройки на Окръжна болница на бул. Сливница. Завеждащ е д-р Александър Дайски, балнеолог, куртолог и физиотерапевт, основател през 1929 г. на Българското балнеолошко дружество и първият директор на създадения през 1949 г. Научен институт по куртология, физиотерапия и рехабилитация в Овча купел. Научният институт ръководи и проучва основните въпроси за развитието на курортното дело в страната и изучаването на курортните ресурси (минерални води, климатични фактори, лиманна кал и лечебен торф), извършва анализ на минералните води, обучава и специализира медицинските кадри по специалността. След това самостоятелни структури по физиотерапия и рехабилитация се създават в почти всички поликлиники и болници, а със създаване на местни санаторно-курортни управления в националните курорти, като поделения на Санаторно-курортното управление към МНЗСГ, се поставя началото на организирано държавно регулирано балнеолечение.

След 2000 г. лечебните заведения са преобразувани в търговски дружества – санаториумите в болници за продължително лечение и (за) рехабилитация, а научният институт – в Национална специализирана болница за физикална терапия и рехабилитация, ЕАД. Ведомствените болници за продължително лечение и рехабилитация на министерствата на отбраната и вътрешните работи в гр. Баня не са търговски дружества. Преобразуването, създаването и дейността на специализираните болници подлежи на разрешителен и регистрационен режим (ЗЛЗ, 1999), както и на акредитация за изпълнение на медицински стандарт „Физикална терапия и рехабилитационна медицина“ (Наредба № 18/2005). Самостоятелните и прилежащите към местата за настаняване в курортна и градска среда балнеолечебни (медикул СПА), СПА, уелнес и таласотерапевтични центрове подлежат и на сертифициране съгласно Закона за туризма и наредбата за сертифициране (Наредба № 2/2016).

3. Основни раздели на физиотерапията и подготовка на кадри

В основата на предоставяните здравни услуги в лечебните заведения за рехабилитация и на услугите в туристическите центрове за медикул спа, спа, уелнес и таласотерапевтични е физиотерапията. Студентското обучение и научноизследователската дейност се провеждат в медицинските университети, а специализираното практическо обучение – в профилираните структури или специализираните лечебни заведения за продължително лечение и рехабилитация.

Медицинската специалност „Физикална терапия и рехабилитационна медицина“ (Наредба № 30/2004) изучава биологичното въздействие на естествените и преформирани физикални фактори върху

човешкия организъм, а специалистите по физиотерапия (лекар - физиотерапевт, кинезитерапевт, рехабилитатор) прилагат в практиката физиотерапевтичните и рехабилитационни методи за лечение при нарушения в двигателния потенциал на пациентите и за активна превенция срещу намаляване на двигателните функции.

Естествените физикални фактори са слънце, вода, море, лечебна кал, парафин, луга, масаж, пасивно и активно движение, познати са от дълбока древност, използват се с лечебна и профилактична цел и стоят в основата на базисните за физиотерапията раздели - топлолечение, водолечение, балнеолечение, калолечение и климатолечение.

При топлолечението в тялото се внася екзогенна топлина, получавана от различни нагreti среди като въздух, вода, луга, парафин, пясък, торф, глина, кал. Към термотерапията се отнасят всички процедури, свързани с общо и локално загряване на тялото, включително сауна.

Водолечението използва обикновената вода в трите ѝ агрегатни състояния. Към хидротерапията се отнасят всички лечебни вани, душеве, обливания, обтривания, а също така процедурите, използващи лед и пара.

В балнеолечението се използват минерални води, които са един от най-значимите фактори на физикалната терапия и се използват при лечението на широк спектър заболявания – на опорно-двигателния апарат, нервната система, кръвоносната система, дихателната система. Препоръчва се още при очни заболявания, заболявания на ендокринната система, пикочните пътища и бъбреците, метаболитни нарушения и др. Балнеотерапията прилага къпане в местата с минерални извори и процедури, някои от които се припокриват с тези на хидротерапията – използване на гореща или студена вода, масаж чрез движещата се вода, отдиш или стимулация. Много минерални води са богати на специални минерали като силиций, сяра, селен и радий.

Калолечението използва различните видове лечебна кал с природен произход. В калотерапията се прилагат апликационни техники за нанасяне по цялото тяло или върху увредената част на лечебната кал, която действа болкоуспокояващо и противовъзпалително на тъканите, оказва позитивно влияние върху опорно-двигателния апарат, нервната система и кожата, обмяната на веществата и засилва регенерацията на тъканите. Калолечението може да се използва самостоятелно, но в повечето случаи процедурите се съчетават с тези на хидро- и балнеотерапията.

Климатолечението използва факторите на климата на даден район. Климатотерапия включва морелечението, слънцелечението, аеротерапията и планинското климатолечение.

Другите раздели на физиотерапията - електролечение, светлинотерапия, ултразвукова терапия и инхалационна терапия се обособяват вследствие развитието на физиката и електрониката и използването на апаратура, произвеждаща електрически ток, електромагнитни полета, лъчения, механични вълни (преформирани физикални фактори).

Физикална терапия и рехабилитация се препоръчват и прилагат не само в случаи на болка и ограничена мобилност, но и за подобряване на двигателната активност като превенция срещу възникване на заболявания, включващи двигателни нарушения. Именно увеличаващата се необходимост от подобряване на двигателната активност е първоначалната причина за излизането на съвременната физиотерапия и рехабилитация извън стените на лечебните заведения и предлагане на фитнес и уелнес програми като допълнение към туристическия пакет. Но основната причина е, че със застаряване на населението се увеличава търсенето на физиотерапевтични и рехабилитационни процедури, използващи предимно естествените физикални фактори, като самостоятелен туристически продукт. Защото такава необходимост съществува не само за болни хора, на които се прилага терапия в обхвата на здравното осигуряване и застраховане, но и за лица, които се нуждаят от почивка и възстановяване на работоспособността, не са в обострена фаза на хроничното заболяване, имат биологични последствия от остаряването или просто нужда от поддържане на тонуса, т.е. те не се включват в категорията „пациент“ и не се нуждаят от специален медицински режим. Дори специалните потребности на лицата с увреждане могат да бъдат задоволени в туристически обекти, вкл. и във връзка с ползване на правото на обезщетение от обществения фонд за финансиране на профилактиката и рехабилитацията на Националния осигурителен институт (НОИ).

4. Предизвикателства и възможности

Болниците за продължително лечение и рехабилитация, които са търговски дружества се регистрират по Търговския закон, по БУЛСТАТ се регистрират ведомствените болници на бюджетна издръжка за специфичните им дейности, а извънболничните лечебни заведения подлежат на регистрация към съответната регионална здравна инспекция (РЗИ) на Министерство на здравеопазването (МЗ). Балнеолечебните (медикул СПА), СПА, уелнес и таласотерапевтичните центрове се включват в публичен регистър на обектите с обществено предназначение към РЗИ, а режимът на сертификация важи и за центровете, създадени от лечебните заведения. Сертификатите се издават от министъра на туризма или от оправомощен от него заместник-министър по предложение на Експертната комисия по категоризация и сертификация на туристически обекти (ЕККСТО).

Информация за балнеолечебни центрове в София може да се намери само след предварителна информация, че българското законодателство регламентира предоставянето на балнеоложки услуги в лечебни заведения, които в наименованието си нямат думата „балнео“ и в хотели с балнеолечебен, СПА и уелнес център, а не в „балнеохотели“. С тази информация и юридически познания относно действащите регистрационни и разрешителни режими за субектите, които предоставят такива услуги трябва да се проследят всички **публични регистри**:

- на уебстраницата на МЗ има публичен регистър на лечебните заведения за болнична помощ, списък на лечебните заведения с над 50 на сто държавно участие и списък на акредитираните лечебни заведения по години. "Специализирани болници за рехабилитация - Национален комплекс" ЕАД („СБР – НК“ ЕАД) не са включени в общия регистър, а само в списъка на търговските дружества, в който обаче не фигурира Националната специализирана болница за физикална терапия и рехабилитация" ЕАД („НСБФТР“ ЕАД), също със сто процента държавно участие в капитала. В раздела „За граждани – рехабилитация и балнеотуризм“ единствената информация е за базите на „СБР – НК“ ЕАД в страната, без филиала на дружеството в гр. Баня (може би защото това е частно акционерно дружество?);

- на сайта на Столична община в регистъра на общинските лечебни заведения са включени само болниците за продължително лечение и рехабилитация, в които общината има над 50 на сто участие в капитала, но в тях не се предлагат балнеоложки услуги, въпреки наличието на минерална вода в района;

- в публичния регистър на Столична РЗИ след 188 лечебни заведения за извънболнична помощ, които извършват дейност по специалността „Физикална медицина и рехабилитация“ на територията на гр. София са добавени специализираните болници в гр. Баня, както и двата хотела на лицензирания туроператор "Профилактика, рехабилитация и отдих" ЕАД, също в Баня.

В болниците се предлагат здравни услуги по клиничните пътеки за физиотерапия и рехабилитация и услуги по програмата за рехабилитация и профилактика на НОИ. Методите на лечение са: балнеотерапия – прилагане на вани, басейн, подводен масаж, инхалации, пиене на минерална вода; кинезитерапия – лечебен масаж, лечебна физкултура, рефлекторни методики, теренно лечение, тангенторен масаж; физиотерапия – електро и светло лечение, лазертерапия, луголечение; климатолечение; диетично хранене след заболяване.

Задължително изискване при приема е преглед от лекар, за да се потвърди, че пациентът няма противопоказания, след това определяне на индивидуална програма, назначаване и изпълнение на процедурите по време на престоя и преглед от лекар при изписването, за да се определи резултатът от рехабилитацията.

В раздела за балнеолечебни (медикул спа), СПА, уелнес и таласотерапевтични центрове на националния туристически регистър са вписани 6 центъра в София, а информацията за тях в уебстраниците им е следната:

- Уелнес център - ХОТЕЛ SENSE, София, бул. Цар Освободител 16. Хотелът предлага лукс, безупречно обслужване и СПА процедури. Sense SPA работи непрекъснато, като по един час дневно се провежда водна гимнастика, предлага се Rose ритуал и промоционална месечна карта за Sense SPA с неограничен брой посещения, включено ползване на фитнес, сауна, парна баня и басейни.

- СПА център - СПА ЦЕНТЪР ЦАРСКО СЕЛО, София, Околовръстен път – Драгалевци. Комплексът разполага със SPA център, фитнес, 4 футболни терена, 3 модерно оборудвани конферентни зали, ресторант, бар, паркинг. В луксозните апартаменти има вана и сауна. В хотела има модерно техническо

оборудване и възможност на едно място да се получат висококвалифицирани услуги на масажисти, терапевти, козметици, фризьори, маникюристи и треньори. На територията на 3000 кв. м са разположени открит и закрит басейн, парна и турска баня, финландска сауна, билкова сауна, инфрачервен сауна и ледена вана, джакузи за 12 души, специална вана за уморени крака, фитнес център, кът за релакс с екзотичен аквариум, солариум, кабинети за електро и козметични терапии на тяло и лице. Центърът работи с френските козметични фирми.

- Уелнес център – УЕЛНЕС ЦЕНТЪР, София, ж.к. Хаджи Димитър, ул. Резбарска 50А. Не беше намерена уебстраница.

- СПА център – PULSE FITNESS, София, бул. България 132. Част от Виктория СПА. СПА центърът разполага с 5 луксозни стаи за масаж, романтична вана за двама, козметичен салон с богата гама апаратура за лице и тяло, автентична турска баня, процедури за стягане и отслабване, специално разработени азиатски процедури, изпълнявани от терапевтки от о. Бали, анти-целулитни, отслабващи и таласо процедури, радиочестотен лифтинг, кавитация, масажи при мускулна треска и след фитнес тренировки.

- СПА център – ХОТЕЛ РАМАДА, София, бул. Княгиня Мария Луиза 131. Част от Виктория СПА. Центърът разполага със закрит плувен басейн; детски басейн; джакузи; руска баня и руски масаж с веники; парна баня; финландска сауна; турска баня с ориенталски пилинг; релакс зона; солариум; фитнес център; зала за групови занимания по канго джъмпис, пилатес, аеробика, йога, водна гимнастика, body pump, cross fit, детска изправителна гимнастика, йога за деца, канго джъмпис за деца; фризьорски салон, маникюр и педикюр; козметичен салон; ВИП СПА апартамент; романтично джакузи за двама; анти-целулитни и отслабващи процедури; азиатски масажи, изпълнявани от екип от о. Бали; абонаментни карти за масажи, плувен басейн, уроци по плуване.

- СПА център – MAXY CLUB SOFIA, София, бул. Симеоновско шосе 110. Центърът разполага с 4 индивидуални масажни кабинета с парна душ кабина – масажи за цялото тяло и отслабващи програми. Масажистите са професионалисти с опит, а богатата гама от масажи се извършва с висококачествена козметика, изцяло съобразени с изискванията на клиента. Комплексната мануална терапия – лечебни масажи и лечебни процедури се извършват от терапевт, специалист с дългогодишен опит в сферата на кинезиологията, кинезитерапията, физиотерапията, мануалната терапия и лечебната физкултура; закрит басейн; контрастен басейн; парна баня; сауна.

В подраздела „Регистър на местата за настаняване“ в националния туристически регистър за територията на Столична община е включен само гр. Банкя.

Обявените на сайта на район Банкя специализирани болници и комплекси са: Специализирани болници за рехабилитация „Здраве“ ЕАД – едноличен собственик на капитала е Централен кооперативен съюз; Специализирана болница за рехабилитация Банкя, филиал на „СБР – НК“ ЕАД; Болница за продължително лечение и рехабилитация (бивш Военен санаториум); Болница за продължително лечение и рехабилитация филиал Банкя (бивш санаториум на МВР); Национална кардиологична болница - Отделение по кардиологична рехабилитация – гр. Банкя; Балнеокомплекс „Дружба“ – хотел „Дружба 1“ и хотел „Дружба 2“ на „Профилактика, рехабилитация и отдих“ ЕАД – едноличен собственик на капитала е НОИ. В Google бяха намерени следните **рейтинги и отзиви** за условията и предлаганите услуги в тях:

За СБР „Здраве“ отзивите в Google са 17(3.8). Мненията са, че базата е добре поддържана, персоналът е компетентен и вежлив, ресторантът предлага добра кухня, през зимата сградата е добре отоплена. Потребител, подкрепен от още двама, е разочарован от престоя и недоволен от високата цена, която трябва да доплати.

За СБР, филиал Банкя отзивите в Google са 13(3.3). Изразени са мнения за лошо отношение на административния персонал, хигиената и храната. Един от разочарованите посетители прави заключение, че това е типично за „държавно учреждение“, а друг потребител твърди, че болницата изпълнява предназначението си и посетителите, на средната възраст 70 години, са доволни.

За ВМА/БПЛР - Банкя отзивите в Google са 17(3.8). Отлично подготвен персонал от лекари и рехабилитатори, но мудар персонал на регистратурата. Сградата е добре поддържана със столова и кафе. Изразено разочарование, че женския басейн е малък и липсва голям за подводна гимнастика, кетърингът предлага оскъдна и лоша храна в пластмасови опаковки. Затруднена регистрация, защото има обявен само един телефон, на който продължително време не отговаря никой.

Почти всички коментари във Фейсбук страницата на болницата са положителни - изключително ниска цена за доплащане по програмата на НОИ срещу много добро обслужване и професионално провеждани процедури. Срещат се отново коментари за трудноосъществима връзка по телефона, както и незадоволителен кетъринг, но с уговорката, че при тази ниска цена не трябва да се правят забележки. На някои от задаваните въпроси отговаря лично директорът на болницата, а в конферентния център съвместно с район Банка на Столична община се провеждат различни концертни, танцови и театрални представления за пациентите.

За БПЛР към МВР и отделението по кардиологична рехабилитация към НКБ не бяха намерени актуални коментари.

Във форума Bod Holiday мнението, че „Хотели Дружба 1 и 2 в Баня - не почивка, а кошмар!“ се подкрепя (общо гласували: 6106). Коментарите са разнопосочни, но преобладават негативните. Положителните отзиви са по-обща за приятна почивка и добро отношение на персонала, но при неудовлетворените клиенти се повтарят следните причини: лошо отношение на персонала при настаняването в двата хотела; лоша хигиена; липса на хигиенни материали и халати; повредено оборудване в стаите; няма Wi-Fi, хранене в помещение без климатизация; незадоволително изпълнение на диетични рецепти; малък грамаж и лоши вкусови качества на храната; силно хлориран вътрешен басейн, като освен това се отбелязва, че не се спазват часовете и се намалява броят на процедурите по програмата на НОИ, а здравният персонал има пренебрежително отношение към клиентите.

В Интернет има мнения и за болницата и лечебния плаж в Овча купел. В Google отзивите са 12(4.1), а мненията са в двете крайности – от пълно разочарование от персонала до „най-добрите физиотерапевти“ и „страхотен“ персонал. Потребител изразява мнение, че леглата са малко като за национална болница. Известен професор споделя наблюдението си, че през лятото басейна с минерална вода, намиращ се в красив парк, е посещаван от много софиянци заради близостта до центъра на града и заради достъпността и удобния транспорт дотам.

Резултатите от това кратко електронно проучване могат да бъдат обобщени по следния начин:

- по отношение на рекламната стратегия - информацията за балнеоложките дестинации и услуги на територията на Столична община е разпокъсана и отнема време, за да се намери;
- по отношение на конкурентната среда – възможностите за инвестиции в материална база и индивидуално обслужване в болниците за рехабилитация са ограничени;
- по отношение на пазарния дял – потребителите са неестествено разделени на болни и здрави между лечебните заведения и туристическите обекти, независимо от техните желания и платежоспособност;
- по отношение качеството и гъвкавостта на предлаганите услуги – лечебните заведения създават кадрите, включително за всички СПА центрове, и предлагат по-качествени комплексни рехабилитационни и балнеоложки услуги от гледна точка на професионалните умения на персонала, но са по-назад в осигуряването на разнообразно СПА оборудване и атракции;
- по отношение на общественото здраве и икономическия растеж – лечебните заведения предлагат здравни услуги, които благоприятстват продължителността на живота на хората в добро здраве, но капацитетът им за икономически растеж в туризма не се използва пълноценно.

Правните и финансови ограничения, които се налагат във връзка с надзора върху обществените средства на здравето и социалното осигуряване, регулират пазара на здравни услуги, в които се включва и балнеолечението. Независимо от собствеността, лечебните заведения са равнопоставени и конкуриращи се само в пазарния сегмент, в който тяхната организационна форма ги поставя – болници, медицински практики и центрове, хосписи, медико-социални домове и др. Регулирането се извършва чрез:

- **медицинските стандарти:** стандартът определя *обхвата* на медицинската специалност в зависимост от заболяванията; *професионалната компетентност* на персонала; *дейностите*, които специалистите могат да извършват в диагностично-лечебния процес и профилактиката, както и *минималните изисквания* към организационно-управленската структура на лечебните заведения, в които се извършва дейност по съответния стандарт;

- **правната регламентация:** законът определя *вида на лечебните заведения* в зависимост от основната дейност - лечебни заведения за *извънболнична* и *болнична помощ* и лечебни заведения с определена специфика и особености, към която група се отнасят и лечебните заведения за *продължителни грижи и рехабилитация*; забранява осъществяването едновременно на болнична и извънболнична дейност и

ограничава извършването на търговски сделки, освен свързаните с основната дейност и обслужването на пациентите;

- **разрешителния режим за болниците:** разрешението за дейност гарантира *законосъобразното изпълнение* на дейностите по медицинските стандарти в съответните структури и затова при нарушения се отнема.

Основната дейност на болниците за продължително лечение и рехабилитация се финансира от НЗОК за изпълнени клинични пътеки и от НОИ по програмата за профилактика и рехабилитация за медицинските процедури. Пациентите по клинична пътека заплащат потребителска такса, от която се покриват разходите за храна и административно обслужване, а пациентите по програмата на НОИ заплащат разходите за настаняване, храна и нощувки по цени, определени от съответното лечебно заведение. Друг източник са платените от доброволен здравноосигурителен фонд или от самите пациенти здравни услуги, които не се различават по критериите за хоспитализация, обем и качество от останалите услуги. По силата на закона в болниците не могат да се приемат здрави лица, освен като придружители.

Използването на естествените физикални фактори и прилаганите методи в балнеолечението разширяват кръга на лицата, които могат да използват процедурите с минерална вода не само с терапевтична цел, но и за релакс, психо-физическо възстановяване и поддържане на здравето. *Потенциалните здравни туристи от чужбина* не са нито само болни, нито само здрави, и дори да имаше възможност без медицински показания да бъдат приемани в лечебно заведение, нито едните, нито другите биха били склонни да заменят комфорта в хотела с болничната обстановка, настаняването в стаи с общ санитарен възел и без Wi-Fi, кетъринг в пластмасови опаковки или хранене в помещение без вентилация и климатизация, извършване на процедури в стари вани и технологично остарели басейни, без водни атракции и възможност за съвременни спортно-оздравителни програми. Вариантите, които към момента съществуват е извършването на процедури като извънболнична услуга чрез дъщерните дружества - медицински центрове и сключването на договори с туроператори за ползването на хотел, в близост до болницата.

Съществената пречка за създаване на ефективен, не само здравен, но и туристически балнеоложки продукт е, че собствениците и мениджърите на болниците за рехабилитация нямат достатъчно възможности за инвестиции и индивидуално обслужване, поради законодателното ограничение да се осъществява допълнителна стопанска дейност и да се извършват търговски сделки, извън тези по основната дейност, финансирана от здравноосигурителната каса.

5. Заключение

Промяната, която би настъпила ако отпадне тази регулация, не се изразява само в нови пространствени решения, ново обзавеждане, хранене от блок маса или на свободна консумация, закупуване на съвременна физиотерапевтична апаратура и оборудване за залите и басейните за балнеолечение. Икономическият и социален ефект от промяната е още в насърчаване въвеждането на нови методи за рехабилитация и балнеолечение, повишаване на доходите на персонала, засилване интереса към професиите в областта на медицинската специалност по физикална терапия и рехабилитация и разкриване на нови работни места за координиране и обслужване на клиентите, а всичко това ще доведе до подобряване на качеството и ефективността на рехабилитационните и балнеоложки услуги, предлагани в лечебните заведения за рехабилитация на територията на Столична община. Казано по друг начин – ще се премине от изцяло финансиране чрез закупуване на дейност от обществения фонд, към финансиране в зависимост от резултатността на рехабилитацията и балнеолечението и удовлетвореността на клиентите. Визията за промяна в статута на лечебните заведения за продължително лечение и рехабилитация може да се реализира чрез експертен анализ и синхронизиране на законодателството между Министерство на здравеопазването, Министерство на труда и социалната политика и Министерство на туризма. Тя не противоречи, а напротив, допълва Стратегията за устойчиво развитие на туризма в България и Плана за действие към нея за периода 2017-2020 г. и Стратегията за използване на потенциала от минерални води и земна топлина и Програмата за оползотворяване на хидротермалните ресурси от находища на минерални води на територията на Столична община.

Литература

ЕС. 2010. Съобщение на Комисията до Европейския Парламент, Съвета, Европейския Икономически и Социален Комитет и Комитета на Регионите - Европа — водеща световна туристическа дестинация — нова политическа рамка за европейския туризъм /* СОМ/2010/0352 окончателен */
Актуализирана Национална стратегия за устойчиво развитие на туризма в Република България 2014-2030 г., <http://www.tourism.government.bg/bg/kategorii/strategicheski-dokumenti>
Стратегия за използване на потенциала от минерални води и земна топлина и Програма за оползотворяване на хидротермалните ресурси от находища на минерални води на територията на Столична община (2017 – 2030). [https://gradat.bg/static/sg/4537\(1\).pdf](https://gradat.bg/static/sg/4537(1).pdf); <https://gradat.bg/static/sg/4536.pdf>
ЗЛЗ. 1999. Закон за лечебните заведения, обн., ДВ, бр. 62 от 09.07.1999 г.; последно изм. и доп., бр. 18 от 27.02.2018 г., в сила от 27.02.2018 г.
Наредба № 18 от 20.06.2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, Обн. - ДВ, бр. 54 от 01.07.2005 г.; в сила от 16.07.2005 г.; последно изм., бр. 25 от 20.03.2018 г. Издадена от министъра на здравеопазването.
Наредба № 2 от 29.01.2016 г. за условията и реда за сертифициране на „балнеолечебен (медикул СПА) център“, „СПА център“, „уелнес център“ и „таласотерапевтичен център“, обн., ДВ, бр. 11 от 09.02.2016 г. Издадена от министъра на туризма и министъра на здравеопазването.
НАРЕДБА № 30 от 19.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина", обн., ДВ, бр. 85 от 28.09.2004 г.; в сила от 01.10.2004 г.; изм., бр. 102 от 22.12.2009 г.; изм. и доп., бр. 67 от 27.08.2010 г.; изм. и доп., бр. 92 от 23.11.2010 г. Издадена от министъра на здравеопазването.

БУТОНЪТ „ЛЕКУВАЙ“ ЗАБИ! ВИСОКИТЕ ТЕХНОЛОГИИ И ОСИГУРЯВАНЕТО НА ДОСТЪП ДО ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ⁵

Снежана Кондева

Резюме. Разширеният обхват на научните изследвания, технологизирането на медицинската практика и използването на съвременни диагностични и лечебни методи пораждаат необходимостта от преосмисляне на основните принципи и насоки в медицинското образование, кариерното развитие и придобиването на нови практически умения в здравната сфера.

Целта на доклада е да се проследят промените, нагласите и очакванията на лекарите и пациентите в новата технологична реалност и тенденцията за създаване на мултидисциплинарни екипи, включващи нови роли и професии, за да се осигури достъп до висококачествено здравно обслужване.

1. Въведение

В последното десетилетие започваме да възприемаме абстрактните картини на бъдещото здравеопазване като реалност. Всестранните научни изследвания, интернационализирането на лекарската професия, дигитализирането на медицинската практика и здравните технологии, прилагани в настоящето, правят разбираеми някои сцени от бъдещето на персонализираното лечение и обслужване:

Семейството е включено в регистъра на лаборатория за генетични изследвания, а здравната им застраховка покрива разходите за всички скъпи реактиви и консумативи. С висок процент е оценен рискът от проява на болест при по-големия син и цялата информация, включително от медицинската история, е прехвърлена за проследяване и профилактика в базата данни на болница в голям университетски център. Определени са необходимите ресурси и маршрут за транспортиране при евентуална доказана необходимост от болнично лечение. Когато рискът се сбъдва системата идентифицира обекта и линейката пристига на адреса. Робот пренася пациента в линейката, а там друг прави кръвни изследвания, ЕКГ и компютърна томография. Плътно зад линейката се движи втори автомобил със семейството. На входа на болницата маршрутите се разделят, защото близките са настанени в луксозен апартамент, един етаж под операционната, но докато им поднасят топъл обяд, те проследяват подготовката за оперативната интервенция на мониторинговата стена в хола. Персоналът, повечето интелигентни роботи, изпълнява всички стандартни изисквания, а професорът, който се намира в университетска болница в друга държава, вече се е запознал с резултатите от изследванията и е готов да започне дистанционното управление на роботизираната хирургична ръка. Целият процес е включен в обучителна програма и се излъчва онлайн на персоналните компютри на пет млади лекари от различни градове, които са си платили за това. Операцията е успешна и животът на пациента е удължен с около 30 години.

В същото време съседка се е събудила, а устройството под възглавницата ѝ е отчело колко часа е спала; чорапчетата, които обува, - колко ще се движи през деня, а стикерът върху кожата на ръката ѝ веднага предава на здравен работник информацията, че температурата на тялото критично се е повишила. Звуков сензор съобщава на самотния дядо, че трябва да отвори кутията за лекарства и да изпие хапчетата в първото отделение за вторник.

Какво ще се случи ако системата не идентифицира „обекта“ и линейката се насочи към грешен адрес; роботизираната ръка се отклони от първоначално зададения разрез и нарани голям кръвоносен съд; стикерът от ръката на съседката падне, а дядото, вместо да отвори кутията, включи печката? Или най-кратко казано, използвайки компютърната лексика: „Какво трябва да се направи ако бутонът „лекувай“ забие или ако се появи бъг в софтуера?“. Може би тези проблеми няма да съществуват през 2050 година, когато, според някои прогнози, технологиите в здравеопазването ще доминират, а голяма част от персонала на болниците на бъдещето ще бъде изместен от изкуствения интелект. Дотогава трябва да се решават проблемите, свързани с развитието на науката, технологиите, комуникациите, осигуряването на

⁵ За цитиране: Кондева, Сн., „Бутонът „лекувай“ забие! Високите технологии и осигуряването на достъп до здравно обслужване“, доклад в Международна научна конференция „Икономически предизвикателства към Индустрия 4.0: технология или идеология“, СУ „Св. Климент Охридски“, Стопански факултет, Катедра „Икономика“ на УНСС, Институт за икономически изследвания при БАН, гр. София, 2017 г.

здравно обслужване на населението, определянето на секторите и дейностите на персонала, които не могат да бъдат заменени от работи. И най-важното – образователните системи трябва да предвидят появата и търсенето през следващите 20-30 години на нови професии, знание и умения в сферата на здравеопазването, която и в бъдеще ще бъде един от основните фактори за растеж на икономиката.

2. Лекарят и пациентът – заедно и поотделно

Валидирането на професионалното изпълнение на дейността на лекарите се осъществява чрез информираното съгласие на пациента за извършване на диагностични и лечебни процедури и използването на високотехнологични медицински продукти. Като изключим проблема с комерсиалната обвързаност с фармацевтичните фирми и фирмите, производители и доставчици на медицинска апаратура и изделия, лекарите се стремят да прилагат усвоените от тях съвременни методи, защото са обучени, че те са ефективни и водят до сравнително бърз положителен резултат. Показателен е примерът с хирурзите, които вземат (и препоръчват на пациентите) радикални решения за отстраняване на даден орган или имплантиране на изкуствена става, без да са изчерпани всички възможности на консервативно лечение. Негативният резултат от високотехнологично лечение, без доказана необходимост, изисква промени в структурираното медицинско образование и непрекъснатото професионално развитие на лекарите, с фокус върху безопасността на пациентите и защитата им от прекомерна медицинска намеса, чрез включване на различни дисциплини като застъпничество, достъп, оценка, цели, отговорност. Реализирането на такава реформа в световен мащаб се възпрепятства от мощните фармацевтични и медицински технологични компании, чийто интерес е постоянно да разширяват кръга на потребителите на предлаганите от тях продукти и услуги. Между индустриите в здравеопазването и пациентите се оказват, както академичните среди в медицинските училища, така също и практикуващите лекари, което поставя на изпитание тяхното етично поведение.

Друго основание за постоянно увеличаващият се обем медицински изследвания са завишените очаквания на пациентите към способността на лекаря бързо и точно да разреши здравословния проблем и търсенето на отговорност за причинени вреди от лекарска грешка. След всеки предявен (към лекаря или негов колега) иск за лекарска грешка, естествена реакция е да се назначават повече изследвания, за да се гарантира професионалното изпълнение. Свърхразчитането на резултатите и пораждащите се от това съмнения за необичайно събитие, често води до препоръчването на излишни изследвания, процедури и медикаментозна терапия.

В общия случай основните и препоръчваните допълнителни изследвания са образни, затова логично възниква въпросът дали е възможно компютърът да замени рентгенолога, или най-малкото да снижи процента на грешките? Резултатите от диагностична система с подкрепа на компютър, одобрена от Администрацията за контрол на храните и лекарствата на САЩ през 2006 г., са обезкуражителни: Основните клинични изпитвания върху злокачествени възелчета в белите дробове включват петнадесет рентгенолога, които са помолени да отбележат своето ниво на подозрителност, че една рентгенова снимка съдържа данни за рак. В изследването са използвани 80 случая на рак и 160 случая, в които няма рак, като едно от трите тълкувания на рентгенолозите е с подпомагане от компютър. Никой рентгенолог не е определил всичките случаи на рак правилно и няма двама, които да имат еднакви резултати при оценяването. Нежелан ефект от разкриването с компютърна помощ е, че след като са подтикнати от компютъра, повечето рентгенолози подозират рак в рентгенови снимки на гръден кош, които идват от пациенти без злокачествени образования, т.е. фалшиво положително разчитане, предизвикващо допълнителни изследвания и излишна тревожност у пациента. Разбира се опитът с компютърно подпомагане и получаваните обратни клинични данни за риска от прекалената подозрителност, ще приспособят мисленето към технологичните възможности, но това е по-дълъг процес в индивидуалната практика, който зависи от личните качества на лекаря. [1] Друг вариант е споделянето от доставчиците на здравни услуги от цял свят на анонимни изображения в специализиран уебсайт и сравняването им с други изображения, които са на разположение в сайта, като този инструмент е особено полезен за практикуващите в отдалечени места лекари при лечението на пациенти с редки заболявания.

Лекарският авторитет се основава на натрупаните по време на следването, специализацията и практикуването на професията огромен обем знания и опит, които се комбинират по уникален начин при конкретния пациент в зависимост от здравословното му състояние. Този процес е изключително

субективен поради факта, че се осъществява чрез комуникация по време на всеки отделен преглед, изследване и манипулация. Случайността на срещата между лекар и пациент изключва възможността за симулация от машина и прави естественият интелект незаобиколим фактор, защото освен вербалната комуникация, лекарят и пациентът си разменят емоционални послания и много невербални сигнали – изрази на лицето, посоката на погледа, тона на гласа и др.

Активният пациент търси преди всичко своя лечител – човекът, който първо ще разпознае душевната му болка, а след това ще премине към откриване и лечение на физическата болест. На практика обаче „програмираното“ лечение на болния орган, следствие от специализацията в медицината, ограничената продължителност на лекарския преглед, наложена от повишеното търсене, както и здравноосигурителните детерминанти, създават вакуум във взаимоотношенията и „изрязват“ времето, необходимо за разкриване на общото състояние на организма, душевното и социално благополучие на пациента. Тенденцията е тази изтъняла нишка да се заздравява чрез създаване на мултидисциплинарни екипи, в които участват специалисти с различно образование и професии, имащи отношение към личността на пациента и неговата социална значимост.

3. Среща в Интернет

Съвременната медицинска практика и технологиите намаляват степента на асиметричност в отношенията лекар – пациент чрез преместване на комуникацията между тях в глобалната мрежа. Разнообразни са причините за осъществяване на желаната, и от двете страни, среща във виртуалното пространство, като някои от тях са:

- еволюцията на здравната информация - студентското обучение, специализацията и непрекъснатото професионално развитие изискват натрупването на огромен обем знания, голяма част от които лекарите получават чрез използването на специализирани здравни онлайн платформи, но също така и чрез социалните мрежи, достъп до които има всеки гражданин. Безплатната онлайн информация вече има непосредствено въздействие върху общественото здраве, защото въз основа на нея се вземат много здравни решения. Един от най-често четените онлайн източници е Уикипедия, която освен, че е достъпна за широката общественост, се използва от 50 - 70% от лекарите и над 90% от студентите по медицина. [2]

- новият вид здравна услуга - независимо от модела, органите на здравноосигурителните системи и застрахователите указват определен ред и условия за получаване на медицинска помощ и здравни услуги, както и разпределение на разходите между осигурител/застраховател и осигурен/застрахован. Пациентът трябва да познава медицинската документация, да търси съответния специалист или лечебно заведение и да преценява възможностите за провеждане на лечение, в зависимост от покритието, което има и допълнителните разходи, които трябва да направи. Няма един единствен лекар, който да проследява медицинската история и здравословното състояние, поради което здравната услуга е разпокъсана и „създава „пъзел – представа за здраве“, както у гражданите-пациенти, така и сред здравните специалисти“. [3] Затова в съвременните системи активността на пациента става задължителна.

- търсенето на близост и взаимно доверие - тази потребност се задоволява чрез влизането на лекаря в дома на пациента. Наложена активност създава у пациента чувство на несигурност и нужда да говори с лекар, та било и само по телефона. Новите технологии обаче осигуряват много по-големи възможности за връзка по всяко време на денонощието и от всякъде - освен по телефона, може да се осъществи писмена и видео консултация с медицински специалист през стационарно или мобилно устройство. Чрез уебконсултацията с дежурен лекар пациентът, според здравословния проблем, получава съвет за необходимостта от преглед, изследвания, както и относно възможностите за терапия. Търсените онлайн здравна информация и консултиране не са предназначени да заместят лекаря, а по-скоро да помогнат на пациентите да вземат информирано решение, въпреки че не са редки случаите на самолечение с неблагоприятен изход.

Процесът на виртуална комуникация се развива в зависимост от културните различия, застрахователното покритие, жизненият стандарт, инвестициите в здравеопазването и възможностите за достъп до социалните мрежи:

Резултатите от национално потребителско проучване през 2013 г. в САЩ показват, че въпреки увеличаващото се търсене на здравна информация в Интернет, лекарите остават ключов фактор. Изследването е проведено сред 1 067 американци над 18-годишна възраст, от които 51 % съобщават, че

посещават фармацевтични уебсайтове след като са диагностицирани и 23 % - преди да отидат при лекар. Наблюдава се 10 % намаление в сравнение с 2012 г. на вероятността американците да посещават уебсайт при поява на първите симптоми (от 26 % през 2012 г. до 16% през 2013 г.). [4]

Според друго изследване на американските граждани, които поради липса или ограничено застрахователно покритие имат затруднен достъп до здравни грижи, онлайн търсенето на здравна информация им помага да вземат решение за извършване на допълнителни разходи за лечение. А на тези, които имат застраховка предлага алтернатива на традиционните методи за комуникация, изразяваща се в получаването на информация директно от доставчиците на здравни услуги. [5]

В Шотландия лечението при лекари от системата на Националната здравна служба (NHS) на Обединеното кралство е бесплатно и често достъпът до първични грижи е свързан със седмици изчакване поради повишено търсене и бюрократични пречки. Анкета, проведена сред пациентите на 10 здравни центъра, си поставя задача да отговори и на въпроса за връзката между увеличаването на здравните услуги и ползването на Интернет. Резултатите показват, че 25,4 % от пациентите са се консултирали в уебсайт за здравна информация преди прегледа, като 21,5 % от тях са го направили сами, а при 3,9 % от пациентите някой друг го е направил от тяхно име. От пациентите, които са се консултирали с Интернет предварително, 34,6 % заявяват, че информацията, която са открили онлайн им е повлияла да се свържат по-скоро с личния си лекар, а 15,4 % от тях твърдят, че ако не са имали тази информация не биха отишли при лекар. [6]

4. Нови работни места, заетост и осигуряване на достъп до здравно обслужване

В следващите десетилетия секторите на здравеопазването и информационните и комуникационните технологии ще продължат да имат най-голям потенциал за създаване на нови работни места. От 2000 г. до 2010 г. броят на работните места в здравеопазването на ЕС нараства с 21 %, [7] а по данни на правителствената статистическа агенция на САЩ (Bureau of Labor Statistics (BLS) за периода от 2014 г. до 2024 г. работните места в здравеопазването ще се увеличат с 19 %, което представлява 2,3 млн. нови работни места не само в прякото предоставяне на здравни услуги, но също така в подпомагащите дейности и предоставянето на персонални услуги. [8] При приемането на третата многогодишна програма „Здраве и растеж“ Европейската комисия предупреждава, че „до 2020 г. ще има недостиг на един милион здравни работници в ЕС и, ако не бъдат взети мерки, 15 % от необходимите грижи няма да бъдат осигурени. Ако обаче бъдат предприети подходящите мерки, това би създало значителни възможности за заетост и растеж“. [9]

Големите научно-изследователски пробиви стимулираха динамичното развитие и привличането на млади хора в обучението по медицина, но тези, които се ориентират към лекарската професия са недостатъчен брой, за да се осигури здравното обслужване на населението. Незаетите работни места са преди всичко за лекари извън университетските центрове – в малките населени места и практиките за първична медицинска помощ, защото там много по-трудно се намира баланс между работата, времето за придобиване на нови знания и умения, грижите за семейството и свободното време. Неблагоприятните условия на труд и сравнително ниското заплащане за този квалифициран труд демотивират младите лекари и са една от основните причини за повсеместния недостиг на кадри. Към това трябва да се добави:

- нарушената възрастова структура на работещите в здравеопазването – постъпващите нови служители са много по-малко от пенсиониращите се, поради което се увеличава натовареността на заетите и периодът на активна професионална дейност на лекарите с работа и след пенсионирането;

- трансграничните миграционни процеси – признаването на професионалната квалификация облекчава трудовата миграция, като чрез нея приемащата страна решава до голяма степен кадровите си проблеми, но страните на произход изпадат в затруднено положение, до степен, застрашаваща устойчивостта на здравните им системи;

- общото застаряване на населението – увеличаването на средната продължителност на предстоящия живот поставя пред здравните системи необходимостта от осигуряване на неговото качество, което означава предоставяне на повече здравни услуги и продължителни грижи за хронично болните граждани;

- промените в семейната структура – стесняването на броя на членовете в семейството и увеличаването на тези от тях, които са в напреднала възраст, намалява неформалните грижи в семейна среда и влияе на търсенето на официални професионални грижи.

Развитието на сектора силно се влияе от иновациите, затова най-рано се появи необходимостта от квалифицирани кадри в индустриите, свързани със здравеопазването. Водещите световни университети разшириха обучението в областта на генетиката, микробиологията, молекулярната биология, биохимията, ембриологията, клетъчната биология и биотехнологиите, а научноизследователските компании предложиха съответстващите им атрактивни професии.

В технологичните здравни структури се утвърдиха мултидисциплинарните екипи и професионалният здравен мениджмънт, а мениджърските позиции все по-често се заемат от лица, завършили право и икономика.

Стандартизацията на здравната дейност, изискванията за проследимост на процесите и създаването на документация във връзка със здравното осигуряване и застраховане на лекуваните лица, постоянно увеличава несвойствената работа за висококвалифицираните лекарски кадри. Мерките за намаляване на натовареността и освобождаването на повече време за проследяване на новостите и придобиването на нови умения от лекарите се търси в посока на дигитализацията, диктуването от лекар, извършването на рутинни дейности (по протоколи, без прехвърляне на медицинска преценка и решение) от лица с по-ниско медицинско образование и кодиране от административен персонал с професионална медицинска насоченост.

Непрекъснато се разширява обема на предоставяните от лекарите виртуални грижи на пациентите навсякъде и по всяко време, а тенденцията на изместване на здравните услуги от болниците към амбулаторните грижи, грижите в специализирани здравни структури и в домашни условия в следващите години ще предоставя все повече възможности за работа на извънболнични здравни специалисти, социални работници и лица, полагащи грижи, включително обгрижващите лица.

Мобилността, здравните технологии и изискването за осигуряване безопасността на лекари и пациенти, отвори голяма ниша за професията на медицински преводач, като посредник в диагностично-лечебния процес. Облекчените условия за наемане в страни, в които има по-висок процент имигриращи лекари, включват също така осигуряване в самото лечебно заведение на курсове за изучаване на медицинската терминология на съответния език.

Съвременните високотехнологични здравни услуги и появата на хронични заболявания сред възрастното население изисква различни комбинации от умения, което вече дава своето отражение върху програмите за университетско образование, а разделението между професиите ще става все по-малко изразено чрез създаването на мултидисциплинарни екипи. Търсенето на умения и знания в сектора на здравеопазването се променя постоянно и съвсем естествено е възникването на различни роли и професии, за да се отговори на потребностите на населението. [10]

5. Изводи за националната система на здравеопазване

Във връзка с новата технологична реалност и необходимостта от адекватен отговор на търсенето на кадри в здравеопазването, могат да се направят следните два основни извода за националната система:

Първо, здравеопазването ни се нуждае, както от висококвалифицирани специалисти с медицинско образование, така също от подготовка на кадри и утвърждаване на професии в областта на здравната икономика и мениджмънт; медицинското право и правното регулиране в здравеопазването; биоинженерството и внедряването и използването на здравни технологии; управлението на високотехнологичните медицински продукти и услуги, и др.

Добрите практики за преодоляване на посочените в изложението обективни процеси включват обучение на кадри в различни специалности, които да се включат в мултидисциплинарните екипи в болничния и амбулаторния сектор. Но нашата здравна политика продължава да се гради върху погрешното възприемане на здравеопазването, като запазена сфера за лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти, медицински сестри, акушерки и асоциираните към тях медицински специалисти, а подготовката на необходимите кадри, като отговорност само на медицинските висши училища. Няма визия за решаването на важния въпрос за липсата на кадри по редица инженерни, икономически, юридически и управленски специалности, и то в период, в който здравеопазването се превръща във високотехнологичен сектор, със значителен принос за растежа на икономиката.

Второ, иновациите като телемедицината и виртуалната реалност значително ще подобрят здравното обслужване на гражданите, но тези промени трябва да бъдат съпътствани от разширяване на мрежата от

лечебни заведения за продължаващо лечение и рехабилитация, от разнообразяване на услугите за възрастните хора и от подкрепата на фармацевтичната и технологични индустрии, както и от местната власт.

Философията на промяната е насочване на усилията и иновациите към регионите в страната, защото осигуряването на здравно обслужване в близост до дома подобрява качеството на живот и населението остава за по-дълго време активно в обществото. Тази цел е с потенциал за постигане на икономически растеж на региона и намаляване на натиска върху здравната система.

6. Заключение

Новите модели на грижа в сектора са и новото предизвикателство пред държавите членки да осигурят ефективен достъп до висококачествено здравно обслужване, намирайки новаторски решения чрез нови технологии, високотехнологични здравни услуги и организационни промени. Положителният резултат зависи преди всичко от инвестициите в тези направления и наличието на мотивирана работна сила с достатъчен капацитет и с необходимите умения за посрещане на нарастващите нужди от здравеопазване.

Литература

1. Д-р Джеръм Групман. Как мислят лекарите. Издателство „Изток-Запад“. София, 2008, с. 206 – 208.
2. Evolution of Wikipedia's medical content: past, present and future
Thomas Shafee , Gwinyai Masukume , Lisa Kipersztok , Diptanshu Das , Mikael Häggström , James Heilman
doi: 10.1136/jech-2016-208601, 28-08-2017, <http://jech.bmj.com/content/early/2017/08/24/jech-2016-208601>
Последно влизане на: 27-10-2017.
3. Сотирова, Д. Универсалност в медицината и културни различия. Културни параметри на етичните стандарти в медицината: Защо предпочитаме намръщени лекари пред любезни сестри?. Европейските етични стандарти и българската медицина. Сборник статии. София, 2014, с. 252.
4. Makovsky Integrated Communications. (2013). Online Health Research Eclipsing Patient-Doctor Conversations. Публикувано на: 09-09-2013. <http://www.fiercehealthcare.com/it/online-health-research-eclipsing-patient-doctor-conversations> Последно влизане на: 28-09-2017.
5. Access to Care and Use of the Internet to Search for Health Information: Results From the US National Health Interview Survey. Публикувано на: 29-04-2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4430679/> Последно влизане на: 28-09-2017.
6. The Prevalence of Online Health Information Seeking Among Patients in Scotland: A Cross-Sectional Exploratory Study. Публикувано на: 15-07-2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4526998/>. Последно влизане на: 28-09-2017.
7. Европейска комисия. Работен документ на службите на Комисията относно план за действие за работната сила в сектора на здравеопазването в ЕС. Брюксел, 18.4.2012 г.
file:///C:/Users/Admin/Downloads/SWD_healthcare-workforce_EN.pdf Последно влизане на: 21-09-2017.
8. Kerry Hannon. 5 Great Jobs in Health Care. Industry offers many opportunities for older job seekers. Публикувано на: 22-12-2016. <http://www.aarp.org/work/job-hunting/info-2016/great-health-care-jobs.html> Последно влизане на: 14-10-2017.
9. Европейска комисия. Предложение за Регламент на Европейския парламент и на Съвета за създаване на програма „Здраве за растеж“ — трета многогодишна програма за действие на ЕС в областта на здравето за периода 2014—2020 г. (текст от значение за ЕИП) COM(2011) 709 окончателен 2011/0339 (COD) Брюксел, 9.11.2011 г.
10. Европейска комисия. Съобщение на Комисията относно ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазване. COM(2014) 215 final. Брюксел, 4.4.2014 г.

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ОБРАЗОВАНИЕТО, ПРОФЕСИОНАЛНАТА ПОДГОТОВКА И УМЕНИЯТА НА ЗДРАВНИТЕ МЕНИДЖЪРИ В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ⁶

REQUIREMENTS TO EDUCATION, PROFESSIONAL TRAINING AND SKILLS OF THE HEALTH MANAGERS IN A MEDICAL FACILITY FOR HOSPITAL CARE

Snezhana M. Kondeva

ABSTRACT: The dynamic social-economic and technological processes require new managerial approach in the public health care. The changes have to be implemented through systematic academic education and innovative forms of qualification in health management.

In the report are analyzed the professional and managerial decisions of the physician and health manager, the existing shortage of specialized knowledge in the field of health insurance, economy, management and law, as well as the insufficiently developed social skills of the managing staff in the medical facilities for hospital care. The purpose is to formulate conclusions and make recommendations for improving the education and professional training of the health managers in the hospitals.

KEYWORDS: health care, education in health management, health manager

1. Увод

С развитието на медицинската наука и технологиите постоянно се увеличава обемът знания и необходимостта от практически умения във всички области на медицината, които като цяло не могат да бъдат обхванати професионално от един лекар. Затова, след първоначалното отделяне на вътрешните болести, хирургията и акушерството и гинекологията, последва естествен процес на създаване на нови специалности и подспециалности, а днес специализацията в медицината е задължителен критерий за качество. Обособиха се също така медицински и немедицински специалности в областта на изучаване влиянието на социалните фактори и факторите на околната среда върху индивидуалното и общественото здраве; организацията на здравеопазването и здравноосигурителните системи.

Специализацията в медицината се разви успоредно със специализацията на труда във всички сфери на обществения живот, като с модернизирването на клиничната практика и усъвършенстването на управленската дейност в световен аспект, се формираха мултидисциплинарни екипи от учени, изследователи, преподаватели, информатици и медици. Тези процеси наложиха професионалният здравен мениджмънт във всички съвременни здравни системи, а с развитието на социалните процеси непрекъснато се поставят нови изисквания към образованието, професионалната подготовка и уменията на здравните мениджъри в лечебните заведения за болнична помощ.

Първоначално, при изграждането на здравни органи и администрация, лекарят единствено се е смятал за компетентен по всички въпроси на общественото здраве. Затова и у нас, освен лечебна дейност, лекарите изпълняват функциите на здравни органи: участъковите лекари, след това окръжните и околийските лекари са началници на съответните служби и решават всички административни и здравни въпроси. Държавните, окръжните и общинските болници имат управител-лекар, който е началник на цялата болнична служба. В периода, през който здравната ни система следва съветския модел, се запазват участъковите служби, а за лечебната, административната и финансовата дейност в болниците пълната отговорност носи главният лекар, подпомаган от завеждащ административно-стопанската част. След 1990 г. за известно време болниците се управляват от медицински директор и директор по административно-стопанската дейност, а Законът за лечебните заведения определи новата управленска структура на лечебните и здравните заведения. В него се запазва „клиничното високомерие“⁷ и архаичният принцип за общата компетентност, даващ право на лекаря, само с 200 часа квалификация по здравен мениджмънт, да заема позиция на здравен мениджър, включително и висша управленска длъжност.

⁶ За цитиране: Кондева, Сн., „Изисквания към образованието, професионалната подготовка и уменията на здравните мениджъри в лечебно заведение за болнична помощ“, доклад в Четиринадесетата международна научна конференция на МВБУ „Развитие на висшите училища в контекста на европейските изисквания за качество на образователните услуги“, гр. София, 2017 г.

⁷ Проф. Цекомир Воденичаров.

Във връзка с казаното, в доклада се анализират специалните знания, решенията и професионалното поведение на лекаря и здравния мениджър. Целта е да се направят препоръки за подобряване на обучението и квалификацията на здравните мениджъри в болниците.

2. Обучение по здравен мениджмънт и изисквания за заемане на управленска длъжност в лечебните заведения за болнична помощ

Необходимостта от специално образование на управленските кадри в здравеопазването не се оспорва от никого, но специалностите по управление на здравеопазването в българските университети, за лица извън здравната система, не са от най-предпочитаните поради неясната перспектива за професионална реализация. Обучението се провежда във факултетите по обществено здраве на медицинските университети в област на висше образование „Здравеопазване и спорт“, професионално направление „Обществено здраве“ за придобиване на образователно-квалификационна степен бакалавър и магистър по специалностите: обществено здраве и здравен мениджмънт; управление на здравните грижи; здравен мениджмънт; опазване и контрол на общественото здраве. В тези факултети се провежда и обучение по специалностите икономика на здравеопазването и социална медицина и здравен мениджмънт, което е следдипломно обучение по наредбата за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, както и квалификационни курсове по чл. 43 от Закона за висшето образование, с хорариум 200 часа. Студенти в магистърски програми се обучават и в други университети в област на висше образование „Социални, стопански и правни науки“, професионално направление „Икономика“ и „Администрация и управление“, по специалностите здравен мениджмънт; управление и иновации в здравеопазването; управление на иновациите в здравеопазването, социалната медицина и здравния мениджмънт, и др.

Завършилите здравен мениджмънт се реализират предимно в болничната система, защото вече работят там като лекари, и защото това образование и квалификация им дава право да заемат управленска длъжност. Висшите управленски длъжности, определени в Закона за лечебните заведения, са изпълнителен директор/управител на лечебното заведение, началник на клиника, отделение, лаборатория и главна медицинска сестра, акушерка, лаборант, рехабилитатор.

Изпълнителните директори и управителите се избират за мандат от три години след проведен конкурс, по реда на специална наредба, [1] издадена от министъра на здравеопазването, а началниците на структурни звена и главните медицински сестри се назначават на тези длъжности за срок от три години, след проведен конкурс по Кодекса на труда.

Изискванията за образование и квалификация на кандидатите за изпълнителни директори и управители са:

- за лице с образователно-квалификационна степен "магистър" по медицина, съответно дентална медицина - да притежава квалификация по здравен мениджмънт по чл. 43 от Закона за висшето образование, с хорариум 200 часа, и
- за лице с образователно-квалификационна степен "магистър" по икономика и управление - да има придобита образователна и/или научна степен, специалност или преминато обучение за повишаване на квалификацията по чл. 43 от Закона за висшето образование в областта на здравния мениджмънт.

Формалното получаване на удостоверение за професионална квалификация по здравен мениджмънт, медицинското лоби в законодателната и изпълнителната власт и традиционното мислене, предопределят резултатите от провежданите конкурси в полза на медиците. А допълнителното изискване за най-малко пет години трудов стаж като лекар или икономист, изключва възможността лица с професионална квалификация и стаж като юрист да заемат управленска длъжност в здравеопазването. За разлика от западните здравни системи, където болниците се ръководят предимно от юристи и икономисти и по-рядко от медици. Изгражданият по време на обучението и клиничната практика стереотип в мисленето, нагласите и поведението на лекаря обаче, се явява една от причините за неефективното управление на болниците, когато те, без необходимите предварителни знания и социални умения, заемат управленски длъжности.

3. Стереотипи в мисленето, нагласите и поведението на лекаря и здравния мениджър и вземането на решения

Целите за подобряване качеството на болничния продукт се реализират чрез професионализма на персонала и мениджърското поведение. Успехът е резултат от умението да се координират

специализираните функции и да се поддържа професионалната компетентност на лицата, които ги извършват. Не може априори да се приеме, че добрият лекар, без допълнителни системни знания и придобиване на управленски опит, може да изпълнява тези функции, защото съществуват следните разлики:

- В ежедневната практика лекарят си задава въпроса „Какво не е наред?“, за да лекува човешкия организъм, а мениджърът – „Как да се направи“, за да създаде работещ механизъм:

В базовото медицинско образование лекарят изучава нормалните структури и функции на човешкото тяло и какви промени могат да настъпят при нарушаване на тези функции. В медицинската практика той пренася тези знания към конкретния пациент, изяснява симптомите, оценява резултатите от прегледите и изследванията и поставя диагноза. С поставянето на диагноза се прогнозира развитието на заболяването и се съставя индивидуален диагностичен и/или терапевтичен план. [2] Резултатът от изпълнението му трябва да бъде максимално връщане от патологично към нормално функциониране на тялото и подобряване на болестното състояние. За лекаря този процес се повтаря толкова пъти, колкото пациенти има.

За болницата, в зависимост от вида и големината ѝ, броят на плановите и спешните прегледи, операциите, образните изследвания, лабораторните тестове, рехабилитационните процедури и междуклиничните консултации са в зависимост от броя на всички пациенти, включително и на тези, постъпили в приемното отделение само за амбулаторно уточняване на здравословния проблем. Този обем дейност се извършва в условията на 24-часов непрекъснат режим на работа, а за обезпечаването на диагностично-лечебния процес се влагат много и разнообразни ресурси - финансови, човешки, пространствени, технологични, комуникационни и технологични, организирани в съответните основни и помощно-обслужващи структури.

Мениджърът трябва да координира дейността на всички, които изпълняват специализираните дейности и да осигури съответствие с медицинските стандарти, добрата медицинска практика и нормативните актове. Резултатът трябва да бъде създаването на работещ механизъм за приобщаване не само на медицинския персонал, но и на всички специалисти с немедицинско образование към общите цели на болницата и предоставянето на качествено и безопасно здравно обслужване.

- Лекарят обикновено действа в ограничено време и работи с хипотези, за разлика от мениджъра, който за известен период събира и анализира данни, планира дейностите и работи с показатели:

Диагностичният процес включва получаване на сведения от пациента или негови близки за характера на възникналото заболяване (анамнезата), провеждане на физикален преглед, оценка на резултатите от образните и лабораторните изследвания и поставяне на диагноза. Този изчерпателен ред се отнася до класическия медицински диагностичен процес, но лекарите са обучавани и на практика изграждат хипотези още в началото на прегледа и го насочват към проверка на тези хипотези. Независимо, че при повечето пациенти този процес е проведен от общопрактикуващ лекар или от специалист, в болницата трябва да бъде повторен, като може да се ползват резултатите от направените вече в извънболничната помощ изследвания. Но за спешните пациенти, които постъпват направо в болницата, това е първият контакт с лекар и много често те не са в състояние да дадат необходимата информация за състоянието си. Решението за тяхното лечение трябва да бъде взето в ограничено време, което налага лекарите да използват съкратени процедури, развивайки хипотезите си от твърде непълен масив информация. Съкратените процедури са реакция на лекаря спрямо неопределеността и изискванията на ситуацията. [3]

Функцията на мениджъра е противоположна – той планира, организира, координира и контролира работния процес, на равнището на което е, а висшето ръководство изготвя стратегически план за развитие на лечебното заведение за болнична помощ. Визията трябва да бъде съобразена с много вътрешни и външни фактори, между които организационно-управленската структура, застаряването на медицинските специалисти, ограниченото финансиране от здравноосигурителната каса, ниските доходи на персонала, здравният статус на населението и конкурентните лечебни заведения в региона.

За постигане на поставените цели мениджмънтът използва наличните ресурси, а ефективността им анализира месечно, тримесечно, годишно или за по-дълъг период чрез използването на икономически и здравни (количествени и качествени) показатели за дейността – среден разход за един преминал болен, за един леглоден, за един лекарстоводен; брой на преминалите болни; продължителност на болничния престой; брой малки, средни, големи и много големи операции; продължителност на пред- и следоперативния болничен престой; брой изследвания; леталитет, и др.

Лекарят приема работата на администрацията и обслужващите звена като даденост, а мениджърът осигурява благоприятни административни и материални условия за работа на лекаря.

- Лекарят лекува болния орган и контактува с пациента за времето на престоя в болницата, а мениджърът мотивира екипа в зависимост от избрания стил на ръководство:

По време на следването лекарят е принуден да мисли за частите, а не за цялото, защото трябва да запаметява голям брой факти при изучаването на анатомия и физиология и свързаните с тях науки. Затова до момента на клиничния контакт с пациента той вече е програмиран да анализира частите чрез изолирането им от цялото. В следващия етап на специализацията е насърчаван да стане учен в рамките на избраната от него медицинска специалност и да се подготвя за обучение и самообучение през целия период на активна професионална дейност. [4] В практиката продължителното излагане на критични ситуации намалява чувствителността му към по-обикновени преживявания и умението здравният проблем да се обсъжда в диалог с пациента. През краткото време на болничния престой лекарят се концентрира върху професионалното изпълнение на работата, но в повечето случаи не се интересува от личността на пациента. Тези обстоятелства определят неговото поведение да лекува болния орган, но да пренебрегва преживяванията и тревожността на пациента, свързани със заболяването. Възприема себе си като единствено компетентен и способен да взема решение и подценява усилията на другите медицински и немедицински специалисти за положителния резултат от лечението и грижите за пациента.

Мениджърът е обучаван, че успехът се гради върху колективната работа, планирането и компетентността. Понеже болницата има регулирана структура, [5] това върху което мениджърът може да въздейства е нивото на компетентност на лечебно-диагностичните звена и изпълнение на съответстващите им изисквания за материална и технологична обезпеченост на дейността, както и броят на лекарите със специалност, медицинските специалисти и помощно-обслужващия персонал. Функционалната характеристика на административно-стопанските и информационно-обслужващи структури се определя от обема на болничната дейност. В изпълнение на целия процес на предоставяне на здравни услуги на гражданите са ангажирани лица с висока професионална квалификация, което прави неподходящ строго йерархичният подход в управлението. А при демократичния стил на работа ролята на здравния мениджър е да осъществи взаимодействие между структурите и специалистите и да координира изпълнението на различните специализирани функции. Успешният мениджър осигурява на служителите повече възможности за професионално усъвършенстване, самостоятелна преценка при вземането на решения и поемането на отговорност, като не остава безразличен към техния живот и реализация извън болницата.

- Лекарят е независим при вземане на решение относно здравословното състояние и лечение на пациента, а мениджърът осигурява законосъобразността и ефективността на процеса на предоставяне на болнични здравни услуги:

На лекаря се признава правото, в границите на добрата медицинска практика, да прави самостоятелна преценка и да има свобода при вземане на клинични и етични решения. Тази професионална независимост се дължи на притежаваните от него специални познания за здравословното състояние на пациента и необходимото лечение, придобити вследствие медицинското образование, специализацията и актуалните знания за новостите в медицинската наука и практика. Тъй като не може да се определи точният обем дейност, винаги съществува възможност лекарят да превиши границите на своята професионална компетентност или да не извърши други необходими действия. Грешно е всяко предприето действие, за което лекарят няма необходимата квалификация и умения или се въздържа от извършването на друго, когато са налице необходимите знания, опит и условия. Той носи отговорност за осъществен резултат, който вреди на конкретния пациент или е следствие от неправилно съставен индивидуален диагностичен и/или терапевтичен план. Отговорността обаче е и институционална, защото не става въпрос за частен пациент, а за пациент на лечебното заведение за болнична помощ.

Ако преценката за правилността на медицинските дейности зависи от осъществения резултат при конкретния пациент, то грешните управленски решения се дължат на неправилно планиране на болничната дейност, на нарушена координация между ръководните кадри и персонала, и недостатъчни управленски знания и мениджърски умения. Компетентността на мениджъра зависи още от управленското равнище, на което се намира и освен, че не може да взема решения от по-високо ниво, трябва да осигури целесъобразност и законосъобразност на дейността, за която е овластен. Ако не е планирано и

законосъобразно едно действие, то не може да бъде приведено в изпълнение с единствения аргумент, че чрез него ще се подобри качеството на болничния продукт. Целесъобразността е елемент от планирането, затова едно управленско решение, взето само на това основание, е незаконосъобразно. Защото качеството на болничната услуга се постига чрез систематичен подход, включващ правила, които могат да бъдат проследени и проверени, и които предварително са оценени като ефективни. За разлика от управлението на медицинския риск, където медицинските процедури и знания се оценяват редовно, а констатираните в процеса на лечение грешки се оповестяват и анализират с цел да се избегне тяхното повторение.

От гледна точка на времето лекарското решение е краткосрочно (оперативно), а мениджърското – дългосрочно (стратегическо), с което се осигурява сигурност и предвидимост на болничната структура и дейност.

4. Проблемни ситуации в практиката и препоръки за подобряване процеса на създаване на управленски кадри в здравеопазването

Ситуациите, в които най-често попада лекарят след избирането му за изпълнителен директор или управител (директор), могат да бъдат представени със следните примери:

- Едно от първите решения на директора, след като премине разстоянието от клиниката или отделението, в което е лекар, и влезе в административния кабинет, е за разпореждане на входящата кореспонденция – честа практика е в ролята на директор да влезе деловодителят, който да определи към кое звено и служебно лице да бъде насочен документът и каква да бъде резолюцията.

Поради непознаване на функционалната обвързаност на структурите, директорът е притиснат от обстоятелствата да взема голям брой решения за оперативното управление на наличните ресурси под наставничеството на мениджъри от по-ниско управленско равнище и дори от служители без управленски функции.

- На следващ етап директорът започва да се информира за функциите на отделните клинични, параклинични, административни и помощно-обслужващи звена. Прави го на части, защото времето му е ограничено – работният му ден като директор започва след визитацията и/или приключването на медицинските процедури и операции. Междувременно взема решение по „съкратена процедура“ за ремонт на скенера, за който няма сключен договор, и за доставка на скъпоструващо лекарство, което не е включено в лекарствения списък на болницата.

Поради изградения стереотип да взема самостоятелни решения дори и без да има достатъчно информация, директорът е склонен да разпреди извършването на доставка, услуга или ремонт без да са спазени реда и условията за провеждане на обществена поръчка.

- Средствата за допълнително възнаграждение на персонала за работа по клинични пътеки трябва да бъдат разпределени до 25-то число, за да могат да се начислят със заплатите за месеца. Директорът отменя методиката за разпределение от предишния директор, защото до този момент, заедно с колегите си, е смятал, че тя е несправедлива и неправилна. В рамките на няколко дни въвежда своя, като увеличава коефициента за собственото си отделение и намалява средствата за рентгенологията, лабораториите и административните звена. Когато разбере, че не може да се направи график поради многото вакантни длъжности за рентгенолози и лаборанти, и че няма кой да проведе обществените поръчки или да изпрати ежедневния отчет за преминалите болни в здравната каса, коригира методиката и възстановява средствата за тези звена.

Поради склонността да подценява работата на колегите си от други специалности, на медицинските сестри и лаборанти, и най-вече на администрацията, директорът пренасочва средства за ремонт и възнаграждения към определени клиники и отделения, поддържайки напрежение и постоянни конфликти между персонала.

- След оперативните следват по-дългосрочните решения относно структурата, изпълнението на изискванията на медицинските стандарти, обезпечаването с апаратура и персонал на съответните структури в зависимост от нивото им на компетентност, сключването на договор с НЗОК за финансиране по клинични пътеки, закупуване на апаратура, основен ремонт на помещения, и др. Директорът осъществява контакт с други болници, за да разбере как при тях са решили тези проблеми, с което поставя начало на периода, през който болницата се управлява на принципа „обмяна на опит“. Този период завършва почти в края на първия мандат.

Поради недостиг на специални знания в областта на икономиката, управлението и правото директорът няма собствена концепция за развитието и адаптирането на болничната дейност спрямо изискванията на средата, промените в здравната система и ограниченото финансиране.

Това е схематично представяне на някои от проблемите, които изпълнителният директор или управителят трябва да преодолее, за да осигури непрекъснатият диагностичен и лечебен процес в болницата, взаимодействието между отделните структури, провеждането на обществени поръчки, информационното обслужване, изплащането на заплати, сключването на договори, техническата поддръжка, и др. Но управлението е процес, в който участва и друг управленски персонал – освен изброените в закона длъжности, това са още заместник-директорите по икономическата, административната и медицинската дейност, главният счетоводител, главният юрисконсулт, началниците на сектори, отдели и на административно-стопанския блок. Всички те трябва да имат необходимите теоретични знания, освен за специалните функции, които изпълняват, и за управленския процес, за да не се допуска „обучение в движение“ и компромиси, за сметка на качеството и безопасността на пациентите и персонала на лечебното заведение за болнична помощ.

Тези знания могат да се получат в условията на системно академично обучение по здравен мениджмънт, а качеството ще се подобри ако в този процес бъдат мотивирани да участват не само висшите медицински училища. Разширяването кръга на университетите, в които се провежда обучение по здравен мениджмънт, ще подобри конкуренцията, ще осигури гъвкавост и качество на предлаганата образователна услуга.

Интересът към обучението по здравен мениджмънт ще се повиши, ако се определи професионалната квалификация на професията здравен мениджър и тя бъде включена в Националната класификация на професиите и длъжностите. Сега в списъка на професиите по НКПД съществува само „Лекар, специалист по социална медицина и здравен мениджмънт“, което е следствие от доминирането на медиците в управлението на здравеопазването и създава неяснота и неразбиране при избора на бъдеща професия.

Необходимо е също така да се признае обучението и професионалния стаж на юристите; да се определи съотношението между медицинските и управленските дисциплини в учебните планове в зависимост от завършеното базово образование и да се даде легална дефиниция на изискването за „квалификация в областта на здравния мениджмънт“. В досегашната практика има случаи, при които комисията отстранява от по-нататъшно участие в процедурата по провеждане на конкурс лице, представило диплома за магистърска степен по финанси на здравеопазването, с мотив че представената диплома не доказва изпълнение на изискването за квалификация в областта на здравния мениджмънт.

Според анализаторите в следващите десетилетия здравеопазването ще се развива с ускорени темпове. Основание за тези прогнози е приносът на системите на здравеопазване за постигане на стабилност и растеж в Европейския съюз, което се дължи на високата заетост в сектора, използването на потенциала на висококвалифицирани лица, мрежите за социална закрила, разрастването на дела на научните изследвания и иновациите. Затова от 2011 г. страните членки и Европейската комисия водят диалог за определяне на ефективни начини за инвестиране в здравеопазването и в рамките на Европейския семестър координират икономическата политика, включително и реформите в здравните системи.

Тези условия засилват проблема с управленските кадри в националната система на здравеопазване, но повишаването на интереса към професията здравен мениджър и конкуренцията между висшите училища ще допринесе за адекватното им решаване чрез прилагане на иновативни методи и форми на обучение по здравен мениджмънт.

5. Заключение

Определението за здравен мениджмънт на проф. Веселин Борисов, като „социокултурен феномен“, най-точно отговаря на съвременните изисквания за управление на високотехнологичния комплекс, в който се превърнаха лечебните заведения за болнична помощ. За ефективността и конкурентоспособността на националната система на здравеопазване е важно да се усъвършенства процесът на клинична специализация на лекарите, за да бъдат мотивирани да специализират и работят у нас, но не по-малко важно е и създаването на високоспециализирани управленски кадри. Тези процеси безспорно са продължителни, но изискват предприемането на мерки в тази насока още сега, за да се предотврати необходимостта от спешно справяне с проблема в бъдеще.

Литература

1. Наредба № 9 от 26.06.2000 г. за условията и реда за провеждане на конкурси за възлагане на управлението на лечебни заведения по Закона за лечебните заведения (Загл. изм. - ДВ, бр. 15 от 2001 г.), обн. ДВ, бр. 55 от 07.07.2000 г., последно изм. и доп., бр. 50 от 01.07.2016 г.
2. Дейвид Пендълтън, Тео Шофийлд, Питър Тейт, Питър Хевълк. 1997. Медицинският преглед: как да го изучаваме и преподаваме, Фондация „Невронауки и поведение“, София, с. 17.
3. Д-р Джеръм Групман. 2008. Как мислят лекарите. Издателство „Изток-Запад“, София, с. 41.
4. Под редакцията на Филип Дж. Баркър и Стив Болдуин. 1999. Етични проблеми в психичноздравната помощ, Българска психиатрична асоциация, София, с. 58.
5. Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи, обн. ДВ, бр.83 от 22 октомври 2010 г., последно изм. ДВ, бр.103 от 27 декември 2016 г.

ВЛИЯНИЕ НА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ВЪРХУ РАЗМЕРА НА РАЗХОДИТЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕ⁸

IMPACT OF PATIENT SATISFACTION ON THE COST FOR TREATMENT

Snezhana Kondeva

Chairman of the Board of Directors of Second Multiprofile Hospital for Active Treatment - Sofia EAD, Bulgaria,
snkondeva@abv.bg

Abstract. The doctor-patient relationship develops under the influence of constantly changing clinical, communication and technological environment; of the increasing internationalization of medicine and of the medical profession, and of the increasing control over the healthcare funds. At the same time the behavior and the actions of both the physician and the patient in their personal contact have an impact on the cost for treatment. The thesis of the report is that the system effectiveness will improve if the methods for subsequent evaluation of patient satisfaction are preceded by risk management methods in the sector with the participation of the patients, because their awareness, engagement and active participation in the process of their treatment bring about high quality, safety and cost optimization.

Keywords: patient satisfaction, health care system efficiency, treatment cost optimization

1. Въведение

Във всички етапи на практикуване на съвременната медицина взаимоотношенията между лекарите и пациентите се развиват под благотворното влияние на постиженията в медицинската наука и свързаните с нея науки, а здравните технологии превръщат здравеопазването в индустрия, налагайки пазарните принципи в сектора. Тази среда обаче не променя същността на здравеопазването като социална дейност и не елиминира субективният елемент във взаимоотношенията, оценката на удовлетвореността и влиянието ѝ върху размера на разходите за лечение.

Тезата на доклада е, че ефективността на системата ще се подобри, а удовлетвореността и безопасността в сектора ще бъде гарантирана в по-голяма степен ако на пациентите бъдат предоставени правомощия на активна страна в диагностично-лечебния процес и това се превърне в национална политика.

2. Ретроспекция на обществените трансформации, оказали влияние върху взаимоотношенията лекар - пациент

Основните обществени трансформации в глобален контекст, които във времето са изисквали адекватно приспособяване на взаимоотношенията лекар - пациент към променящите се условия, са следните:

- *медицинската наука влиза в клиниката:*

В началото на XIX век универсалните научни открития започват да се прилагат в практиката и клиниката се превръща в център на медицината, съсредоточавайки целия интерес върху точния анализ на болестната картина, въз основа наблюдението на болния и на анатомично-химичните данни. Основите на този процес са поставени в Германия от професора по медицина Йохан Лукас Шьонлайн /Johann Lucas Schönlein (1793-1864)/. След него се появяват редица клиницисти, които чрез задълбочаване и увеличаване на опитността си върху болничното легло и чрез диференцирането на физико-анатомичната диагностика, обработват до съвършена степен единичното клинично изследване. [1]

- *усъвършенстват се технологиите:*

Взаимното обвързване на науката и медицинската практика се осъществява в областта на технологиите – благодарение на технологията става възможно достигането до научно откритие, но едновременно с това медицинската практика поражда проблеми, които трябва да разрешава науката. Затова здравната технология се определя като процес, при който научното познание се прилага в клиничната практика и профилактиката на болестите, а резултатът трябва да бъде успешното повлияване на индивидуалното и общественото здраве.

⁸ За цитиране: Кондева, Сн., „Влияние на удовлетвореността на пациентите върху размера на разходите за лечение“, доклад в XV Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 17” - Стопански факултет на ТУ- София, гр. Созопол, 2017 г.

Интензивното въвеждане на здравни технологии превръща здравеопазването в индустрия, защото те се прилагат не само в лечението, но и в диагностиката, рехабилитацията и профилактиката, развиват се помощно-обслужващите, комуникационните и информационни технологии. [2] Използването на все повече технологии повишава риска в сектора, което от своя страна налага обособяването на самостоятелна дейност - оценка на здравните технологии (Health technology assessment (HTA)). Това е мултидисциплинарен процес, обобщаващ систематично, прозрачно, безпристрастно и ясно информация по медицински, социални, икономически и етични въпроси, свързани с използването на здравни технологии. Целта е да се предоставя информация за формулирането на безопасни и ефективни здравни политики, съсредоточени върху пациентите и търсещи постигане на максимален резултат.

Примери за здравни технологии са методите за диагностика и лечение, медицинското оборудване, лекарствените продукти, методите за рехабилитация и профилактика, както и организационните и помощните системи, използвани за предоставяне на здравно обслужване, [3] а за запазване на конкурентоспособността на националните здравни системи за внедряването им се използва голям обществен ресурс – инвестира се в скъпа техника, увеличават се разходите за обучение, създават се нови технологии за задоволяване потребностите на пациентите, и др.

- медицинската услуга се превръща в здравна услуга:

Дълго време свободната медицинска практика доминира над болничното лечение, защото лекарите лесно променят местоположението си и практикуват в различни населени места, докато достъпът до болниците е затруднен поради тяхното неравномерно географското разпределение. В обсега на свободната практика са само онези слоеве от населението, които могат да заплатят за услугите на лекаря, а отношенията между лекаря и болния са строго субективни – болният заплаща с лични средства за компетентността и труда на лекаря за предоставената от него услуга, а лекарят се задължава да спазва професионалната лекарска тайна. Пациентът има право да се обърне към лекар, който по негова лична преценка му е необходим, а лекарят си запазва правото на независимост в работата.

Научното, изследователското и технологично развитие променя условията и стационарното лечение се превръща в гръбнака на здравеопазването, а болницата – в технологичен комплекс, защото здравната технология се прилага на точно определено място, в стандартизирани условия и от компетентен персонал. Независимо от това какъв е вида и собствеността, болницата трябва да има необходимата техника и апаратура за изпълнение на основните си диагностични, лечебни и рехабилитационни функции; обособена структура, включваща звена за амбулаторно уточняване и прием, диагностични звена, стационарни клиники и отделения, патологоанатомично отделение, болнична аптека, административни и стопански звена, както и висококвалифициран медицински и немедицински персонал. Болничните лекари работят на динамичен график, осигуряващ непрекъснатост на лечението, а определянето на лекуващ лекар е относително – по време на престоя на пациента този лекар може да бъде на работа или дежурство само в някои от дните. Отговорността за предоставяната услуга се поема от медицинския екип, който предава информацията за състоянието на пациента от една смяна на друга и основно се ползват записите в медицинската документация при вземането на лекарско решение.

Взаимоотношенията между лекаря и пациента от непосредствени при свободната лекарска практика се превръщат в опосредствани в съвременните системи на здравеопазване и здравно осигуряване. Медицинската услуга се превръща в здравна услуга, защото при предоставянето ѝ се ползва обществен ресурс.

- здравната услуга става осигурителен продукт:

Още в началото на организираното осигуряване у нас се поражда т. нар. „лекарски въпрос“. От една страна, лекарското съсловие, което държи за свободата на професията и за независимостта на лекуващия лекар, се стреми да запази отношенията между лекаря и болния такива, каквито са те при свободната лекарска практика. От друга страна осигурителните институти, в стремежа си да стабилизират своите финанси и да гарантират на осигурените обективно доброкачествена медицинска помощ, прибягват до намеса в работата на лекаря и в неговите отношения с пациента. Тази намеса се изразява в ограничаване достъпа на лекарите до клиентите на осигурителните фондове, налагането на норми на лекаря по отношение на диагностичните методи и средства, тарифирането на лекарския хонорар, контролът върху работата на лекаря и др. От трета страна осигурените се стараят да намалят фискалната тежест на осигуровката, извличайки максимални облаги от нея, стремейки се да получат дори и ненужно лечение.[4]

От съотношението и взаимодействието на тези три фактора, след намеса на държавата, се появяват различните системи на общественото осигуряване. Но в основата на съществуващите проблеми в здравноосигурителните системи продължават да стоят отношенията между лекаря и пациента и решаването им е в разбирането, че тези отношения не са еднакви с отношенията между пациента и свободно практикуващия лекар. Тези отношения вече са по повод получаването на осигурителен продукт, който независимо от честотата и тежестта на боледуване се заплаща изцяло или частично от осигурителната институция, благодарение солидарността на обществото.

- променя се оценката на качеството на здравната услуга:

Де юре съвременните високотехнологични системи на здравеопазване и здравно осигуряване използват осигуряването на безопасността на пациентите и персонала на лечебното заведение като обективен критерий за оценка на качеството на здравната услуга. Де факто пациентите продължават да търсят внимание, да оценяват качеството и да измерват своята удовлетвореност от получената медицинска услуга в зависимост от времето, което им е отделено за разговор с лекарите и високоспециализираните изследвания, които са им направени. Разминаването между реалност и желание се дължи основно на обстоятелството, че се увеличава броят на обслужваните пациенти, което детерминира продължителността на прегледа, а напоследък дори го замества с изследване и получаване по електронната поща на резултатите. На път е да изчезне стетоскопа, който през последните столетия е символ на личната връзка между лекар и пациент. Другата причина е, че финансовите средства са ограничени и всяко ненужно изследване и/или удължен болничен престой необосновано увеличават разходите и намаляват възможностите тези средства да бъдат вложени в лечението и възстановяването на тежко болни пациенти.

3. Определяне на разходите в зависимост от субективните отношения в процеса на лечение

Обективен и субективен елемент

Обстоятелствата, които формират обективната страна във взаимоотношенията между лекар и пациент се отнасят до правото на избор на двете страни и професионалната квалификация на лекарите. Основно право на пациента е да избира своя лекар, но и лекарят, съгласно етичните норми, има право да откаже лечението и консултацията, когато е убеден, че между него и пациента липсва необходимото доверие или липсват условия за изпълнението на неговите професионални права и задължения. [5] При съвременната организация на здравеопазването този принцип се запазва преди всичко по отношение правото на избор на пациента, докато лекарите, които работят по трудово правоотношение, или лекарите с частна практика, които имат договор със здравната каса за изпълнение на медицински дейности, не могат да се възползват от това свое право. По силата на сключените договори те предоставят здравна услуга на пациентите, които са избрали лечебното заведение и всеки отказ, включително и поради липса на доверие, ще е неизпълнение на задълженията на лекаря и основание за налагане на санкция и за неудовлетвореност на пациента.

Другият обективен елемент се отнася до действителните качества на лекаря, до неговата подготовка и актуална квалификация, както и до условията, в които работи – апаратура, достъп до информационни и комуникационни технологии. На пациента се признава правото да избере лекар, но държавата трябва да гарантира, че всички лекари, между които той прави своя избор, са компетентни да предоставят качествено лечение. Това задължение е нормативно регламентирано на национално и европейско ниво, както по отношение признаването на професионалните квалификации, така и по отношение на непрекъснатото следдипломно обучение на лекарите.

При предоставяне на здравни услуги има две страни и субективният елемент се отнася, както за лекарското решение относно диагнозата и съответното лечение, така също и до личната преценка на пациента относно качествата на лекарите и съгласието или несъгласието им за провеждане на медицински изследвания, лечение и рехабилитация. При личния контакт с пациента лекарят прави субективна преценка какви диагностични и лечебни методи и средства да бъдат приложени, а пациентът дава информирано съгласие за това лечение. Преценката на лекаря зависи от познанията, вкл. за използването на здравни технологии, от личния му опит и интуиция, както и от наложената финансова рамка за лечение на конкретното заболяване. Успехът е резултат от степента на свободата, която има лекарят, за да приложи необходимото лечение и включването на пациентите като активна страна в процеса на осигуряване на безопасност на предоставяните здравни услуги.

Медицински решения – удовлетвореност на пациентите – размер на разходите

Медицината не е точна наука, поради което медицинската практика се основава на знанията и опитността, пречупени през мисленето на лекаря за това какво не е наред. Всеки пациент е различен и има различни оплаквания, а лекарят трябва да оцени неговите симптоми и резултати от прегледите и изследванията. Въз основа на направената оценка се вземат решенията за диагнозата, лечението и за най-безопасното за пациента разпореждане – да бъде приет в болницата, да бъде изпратен в друго лечебно заведение, или да се назначи домашно лечение. Лекарите, най-вече работещите в спешните отделения, вземат решения в ограничено време, затова им се налага да използват съкратени процедури, т.нар. евристични методи - бързо стигат до две-три възможни диагнози, развивайки хипотезите си от твърде непълен масив информация. Съкратените процедури се използват, когато трябва да се работи бързо или с недостатъчни технологични ресурси и са реакция на лекаря спрямо неопределеността и изискванията на ситуацията. Те са важните работни инструменти на клиничната медицина, в която лекарят трябва да комбинира мислене и действие. Д-р Пат Кроскери нарича този процес „вземане на решения от плът и кръв“. [6]

При плановия прием има малко повече възможности за анализ на медицинската история и физикалните находки, както и обсъждане на резултатите от образните изследвания, лабораторните тестове и консултациите с лекарите от различни специалности, които са ги направили. Това увеличава обема на работата, защото всеки резултат на пациента трябва да бъде оценен като нормален, необичаен или недостоверен. Освен това при клиничния избор съществува трудността и деликатността на евентуално решение на лекаря да отхвърли или да не се съгласи напълно със становището на негов колега, примерно при разчитане на рентгенова снимка, както и да обясни това свое действие на пациента.

Повечето пациенти не могат да си представят в какво се изразява работата на лекаря, защо задава точно тези въпроси, по какъв начин стига до поставянето на диагноза, определянето на оперативната интервенция или терапията. Очакването им е лекарят да вземе сравнително бързо решение, след като се е консултирал с други специалисти и е използвал здравни технологии. Ключът към удовлетвореността е в разбирането, че клиничният избор на лекаря не може да бъде заменен от компютъра, дори нещо повече – технологиите усложняват процеса на вземане на решение. Успешното общуване изисква от пациента да се включи активно в този процес, като насочва лекаря и му съобщава това, което е необходимо за правилната диагноза и лечение.

Погрешното чувство на пациента, че е единственият болен и неговият здравословен проблем е изключителен, поради което лекарят трябва да направи колкото се може повече изследвания и консултации и да стигне сам до заключението за диагнозата и лечението, може да има сериозни последствия. Защото пациентите съобщават някаква причина, която според тях е важна, но пропускат да съобщят за по-сериозни проблеми. Примерно, пациент съобщава, че си е счупил нелепо ръката, но пропуска факта, че преди падането е загубил съзнание. Ако пред кабинета има още десетина спешни пациенти и лекарят, докато чака рентгеновата снимка на ръката, вече преглежда следващия пациент, е възможно да се постави гипс, без да се установи навреме, че пациентът има тумор в мозъка.

При други обстоятелства пациентът трябва да се възползва от правото си да откаже изследване, операция или терапия, ако след получаване на информацията прецени, че те не са необходими. Става въпрос за случаи, при които лекарят иска да назначи допълнителни изследвания, защото работи върху някакъв научен проблем; включва в терапията повече лекарства на определена фармацевтична компания, защото е обвързан по някакъв начин с нея, или препоръчва извършването на операция, защото е поел ангажимент да тества новите хирургични инструменти на фирма, която иска да ги наложи на пазара.

Въпреки тенденцията за маркетинг сред лекарите от страна на фармацевтичните компании и фирмите за доставка на медицинска техника и апаратура, и полемиката за етиката в техните отношения, лекарите постоянно се стараят да постигат максимален резултат при лечението, макар да не изглежда точно така. Но е факт, че няма лекар, който да иска пациентът му да не се излекува или да иска пациентът му да умре. Обаче лекар, който е спасил живот, може и да не получи благодарност. Като случаят на една 40-годишна родилка, на която след усложнение при второ раждане е направена животоспасяваща операция - отстраняване на матката, но след това тя предявява иск за обезщетение за причинени неимуществени вреди вследствие на тази интервенция, изразяващи се в чувство за непълноценност.

Важността на обществените отношения в сферата на здравеопазването и влиянието на лекарския професионализъм върху нагласите и удовлетвореността на пациентите, както и желанието на пациентите почти винаги да получат високоспециализирана здравна услуга, е сред причините институциите да се стремят, чрез контролните си функции, да минимизират отрицателния ефект и да осигурят достатъчен обем здравни услуги с добро качество в условията на ограничени ресурси. Негативните преживявания и неудовлетвореност на пациентите, макар породени от нормативната регулация, се прехвърлят върху лекарите и лечебните заведения, без да се оценява ситуацията, че те също са в положение на зависимост от финансиращия орган и работят в нереструктурирана и неефективна здравноосигурителна система, която поставя на изпитание здравния мениджмънт на болниците.

Клаузите на Националния рамков договор [7] и механизмът за финансиране чрез закупуване на дейност по клинични пътеки ограничават свободата за вземане на лекарско решение за клинично поведение според индивидуалните потребности на пациента. Освен това върху лечебните заведения за болнична помощ се прехвърля цялата финансова тежест за лечението на неосигурените пациенти; за лечение на възникнали усложнения или необходимост от преминаване от диагностична към хирургична клинична пътека, както и за пациентите, които след хоспитализация са се възползвали от правото да откажат предложената им медицинска помощ или продължаването на започнатата медицинска дейност.

Клиничните пътеки се състоят от основни компоненти, които са задължителни за изпълнение, а тези, които се отнасят до гарантиране правата на пациентите са определянето на задължителен минимален болничен престой и изпълнение на основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури по всяка клинична пътека. Те имат за цел повишаване удовлетвореността на пациентите, но на практика при част от тях ефектът е обратен, дори в определени случаи могат да застрашат тяхната безопасност. В единия случай неудовлетвореността на пациента може да се породят от ненужния престой в болнична обстановка, а във втория - да се засили безпокойството у пациента за тежестта на неговото заболяване или да се застраши безопасността му от провеждането на противопоказни процедури.

Пациентът трябва да бъде дехоспитализиран след минималния брой леглодни, а лекарят трябва да назначи всички процедури, защото здравноосигурителната каса няма да заплати на лечебното заведение дейността за лечението на пациент, който е изписан преди да са изтекли дните на задължителния минимален болничен престой, или за пациент, на когото не са извършени всички основни процедури.

Освен това лекарите са длъжни да насочат за лечение в друго лечебно заведение пациент, при когото са настъпили индикации за необходимост от лечение по друга клинична пътека, за която лечебното заведение няма сключен договор. Извършената до момента на превеждането дейност и разходите за транспортирането до другата болница са за сметка на изпращащото лечебно заведение, защото финансиращият орган заплаща дейността само на лечебното заведение, завършило лечението. Една хирургична клинична пътека ще бъде заплатена и за пациент, приет по диагностична пътека, но след това се е появила необходимост от оперативна интервенция.

Основанията на пациент за пълен или частичен отказ от лечение или самоволно напускане на болницата могат да бъдат различни и да не са свързани с негова неудовлетвореност, но и в тези случаи лечебното заведение е санкционирано, като здравноосигурителната каса не заплаща дейността ако не са изпълнени условията за минимален болничен престой и не са изпълнени основните диагностични и терапевтични/оперативни процедури съгласно диагностично-лечебния алгоритъм.

Въпросът за удовлетвореността и безопасността на неосигурените пациенти не може да бъде отделен от този за пациентите с непрекъснати здравноосигурителни права. Неосигурените пациенти не могат да бъдат лекувани „по-малко“ или „по-некачествено“, а достъпът им до болнично лечение се осигурява чрез системата на спешната медицинска помощ. Лечението на лица с прекъснати здравноосигурителни права може да бъде и много скъпо, примерно съчетана травма след пътно транспортно произшествие, но разходите са изцяло за лечебното заведение, в което е насочен или се е самонасочил пациентът. В много редки случаи такива пациенти нямат доход и/или лично имущество и след дълга процедура на изрично искане от страна на болницата и проверка от социалните служби лечението им се заплаща чрез целеви средства от Агенцията за социално подпомагане. Много от тези пациенти са клошари и след като са излекувани няма къде да отидат - нямат дом, адрес и лична карта и не съществуват в регистрите, затова болничният им престой е дълъг, а лечебните заведения за активно лечение изпълняват функциите на социален дом за тези пациенти.

4. Изводи

1. Ефективността на здравноосигурителната система ще се подобри ако бъде въведена система на диагностично-свързаните групи.

Практиката в други страни показва по-добра ефективност на системата на диагностично-свързаните групи в сравнение с използваните у нас клинични пътеки, като метод на финансиране. Въвеждането на такава система изисква много сериозна предварителна подготовка и ресурси за остойностяване на всички дейности в диагностично-лечебния и рехабилитационен процес, информационното осигуряване и обслужване, обучението на персонала, и др. В същото време обаче тя ще създаде по-добри възможности за заплащане в болничния сектор, което от своя страна ще мотивира лекарите да правят преценка на необходимите разходи за лечение, а всеки пациент, постъпил в болница ще получава лечение, както за основното, така и за придружаващите заболявания, което означава и удовлетвореност от получаваните здравни услуги.

2. Непрекъснатото подобрене качеството на грижите за пациентите ще бъде гарантирано в по-голяма степен ако методите за последваща оценка на удовлетвореността се предхождат от методи за управление на риска в сектора с участието на пациентите и това се превърне в национална политика.

Такъв е подходът в Австрия, където ориентацията към пациента се възприема като стремеж за подобряване качеството на живот на гражданите, а на пациента се предоставят правомощия на активна страна, когато се предлагат решения и се предприемат действия във връзка с неговото здраве. По инициатива на Федералното министерство на здравеопазването е създадена Австрийската платформа за безопасност на пациентите (ANetPAS - Austrian Network for Patient Safety), [8] която е независима национална мрежа и към нея могат да се присъединят всички заинтересовани институции и експерти от австрийската здравна система. Освен създаването на мрежа от експерти платформата има за цел да повишава осведомеността по въпросите, свързани с безопасността на пациентите и осигуряване на качеството. Фокусът на мрежата е насочен към насърчаването на безопасността на пациентите чрез научни изследвания, координация на проекти, изграждане на мрежи и информация.

Основен елемент от платформата за безопасност е информираността на пациента не само по отношение на неговия здравословен проблем и комуникацията с болничния персонал, но и за това как може да допринесе за своята и на медицинския екип безопасност, и какво трябва да направи в тази връзка. За да се избегне риска, пациентите са приканвани да задават допълнителни въпроси ако имат някакви съмнения (защото всеки въпрос заслужава да бъде зададен), да предоставят информация на медицинските специалисти или на болничното ръководство ако в следствие на употребяваните лекарства са се почувствали дискомфортно или са се появили странични реакции (принос към лекарствената безопасност), ако забележат пропуски в поддържането на болничната хигиена (недопускане на вътреболнични инфекции), както и ако се появи проблем след дехоспитализацията (защото рискът може да съществува и на разстояние).

За постигане целите на платформата има изработен наръчник на пациента, който служи като ръководство за безопасна хоспитализация и описва начините, по които засегнатите и техните роднини могат активно да се включат в процеса на лечение. Защото, се казва в платформата, информирани, заинтересовани и активни пациентите са важен градивен елемент за високо качество и безопасно лечение.

5. Заключение

В интерес на пациента е лекарят да бъде независим при определянето на належащите за всеки конкретен случай диагностични и лечебни методи и средства, като тази независимост не може да се простира извън рамките на закона, стандартите и правилата за добра медицинска практика. Лекарската дейност не може да не е съобразена и с изискванията на здравноосигурителната каса и на здравния мениджмънт на лечебното заведение, но ако функционирането на здравната система стимулира независимостта в работата и мотивира лекарят да прави преценка на необходимото като обем и качество здравно обслужване, пациентите ще получават безопасно и ефикасно лечение, което ще ги удовлетворява.

Литература

1. D-R STEFAN DZHAKOV, Istoriya na meditsinata, Sofiya, 1932, str. 99.
2. POPOV, M. EVGENIYA DELCHEVA, Tehnologii v zdaveopazvaneto, Universitetsko izdatelstvo „Stopanstvo“, Sofiya, 1996, str. 38 – 41.
3. Otsenka na zdravnite tehnologii, http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/policy/index_bg.htm
4. D-R G. SHAROV, Lekaryat v zakrilata na truda i obshtestvenoto osiguryavane, Sofiya, 1938, str. 114 i sl.
5. Kodeks za profesionalna etika na lekarite v Bulgariya, (Zagl. izm. - DV, br. 85 ot 2013 g.), obn., DV, br. 79 ot 29.09.2000 g.; izm. i dop., br. 85 ot 28.09.2013 g., Izdaden ot ministara na zdaveopazvaneto.
6. D-R DZHERAM GRUPMAN, Kak mislyat lekarite, Izdatelstvo „Iztok-Zapad“, Sofiya, 2008, str. 41 – 42.
7. Natsionalen ramkov dogovor za meditsinskite deynosti mezhduratsionalnata zdravnoosiguritelna kasa i Balgarskiya lekarski sayuz za 2017 g., obn., DV, br. 24 ot 21.03.2017 g., v sila ot 01.04.2017 g., Izdaden ot ministara na zdaveopazvaneto.
8. ANetPAS - Austrian Network for Patient Safety, <http://www.plattformpatientensicherheit.at/>

ГЛОБАЛНАТА КЛИНИЧНА СРЕДА В ДИСТАНЦИОННОТО ОБУЧЕНИЕ ПО МЕДИЦИНА – ТЕНДЕНЦИИ И ЕТИЧНИ ПРОБЛЕМИ⁹

Снежана Кондева, председател на Съвета на директорите на Втора МБАЛ – София,
snkondeva@abv.bg

Традиционното медицинско образование отдавна използва „мрежата“ като източник на информация, а през последното десетилетие в учебните програми са включени електронната, дистанционната и симулационната форма на обучение. Интернационализирането на лекарската професия и съвременните тенденции за обучение от разстояние и през целия период на активна професионална дейност на лекарите, стимулират научните изследвания в медицината и развитието на професията, формирайки нова глобална клинична среда. Тази пространствено нестандартна клинична среда задълбочава съществуващите и поставя нови етични проблеми, с което се увеличава още повече дистанцията между лекар и пациент.

Целта на настоящия доклад е да се посочат глобалните проблеми с медицинските кадри и тенденциите те да бъдат преодоляни чрез прилагане на здравните, информационните и комуникационните технологии в процеса на придобиване на компетентност и непрекъснато професионално развитие на лекарите.

1. Глобалният проблем с медицинските кадри

Променящата се социално-икономическа, научна, технологична и информационна среда поставя нови предизвикателства в сферата на здравеопазването на световен мащаб. В тази връзка могат да бъдат посочени няколко фактори, които оказват влияние върху развитието на човешкия потенциал и постигането на устойчивост и конкурентоспособност на националните здравни системи, а оттам и върху глобалното здравеопазване:

➤ *наблюдава се намален интерес към лекарската професия и нейното феминизиране:*

Тази констатация и прогнозите са неблагоприятни за здравните системи, защото броят на младите хора, които избират да учат медицина намалява за сметка на някои други професии, при които кариерното развитие може да започне на около 24-годишна възраст, веднага след придобиване на бакалавърска степен. Характерна особеност на лекарската професия е **отложената професионална реализация** с около 10 години в сравнение с останалите професии. Освен това в последното десетилетие се оказва, че все **повече жени избират да учат медицина**, като тази промяна се случва в медицинската практика на много страни. В Обединеното кралство се правят констатации, че след 2017 г. повечето лекари консултанти ще са жени, защото това е съотношението на обучаващите се в момента студенти и стажант-лекари; [1] в Австрия около две трети от лекарите специализанти са жени, [2] а у нас, по данни на Националния статистически институт, жените също са повече от половината от практикуващите лекари. [3] Рискът за устойчивостта на здравните системи се изразява в това, че жените напускат системата за по-продължително време, докато раждат и отглеждат децата си, което влияе на заетостта в сектора ако няма достатъчно заети мъже, а също така и върху размера на инвестициите за обучение от страна на работодателите. Постоянно развиващата се в научно и технологично отношение медицина изисква много по-големи усилия и от страна на жените лекари, които трябва по-бързо да се върнат в системата и да компенсират пропуснатото в професионалната квалификация.

➤ *условията на труд в сектора са неблагоприятни:*

Подобряването на условията на труд и създаването на по-привлекателни работни места е един от основните фактори, влияещи върху заетостта в здравеопазването. Общ проблем за здравните системи на държавите-членки при организацията на работата е нарушаването на максималната продължителност на работното време, задължителните дневни и седмични периоди за почивка. Решаването на **проблема с работното време**, времето на разположение и компенсационната почивка на здравните работници се

⁹ За цитиране: Кондева, Сн., „Глобалната клинична среда в дистанционното обучение по медицина – тенденции и етични проблеми“, доклад в Международна научна конференция „Икономически предизвикателства: миграция, глобализация, устойчивост, политики“, СУ „Св. Климент Охридски“, Стопански факултет, Катедра „Икономика“ на УНСС, Институт за икономически изследвания при БАН, гр. София, 2016 г.

затруднява от наложените критерии за качество на здравната услуга, отнасящи се до осигуряването на достъпна, своевременна и достатъчна медицинската помощ навсякъде и по всяко време. Това е причината в здравеопазването да се отчита висока степен на **професионален стрес**, който оказва влияние не само върху работещите, но и върху интереса на младото поколение към медицинската професия.

➤ *има недостиг на лекари в районите, извън големите населени места:*

Основното предизвикателство в здравеопазването са демографските промени, защото потребностите на възрастното население от медицинска помощ и продължителни здравни грижи динамично расте, а броят на лекарите и другите здравни работници не нараства със същите темпове. Прогнозите са за остър дефицит на медицински кадри, тъй като **застаряването на населението** естествено се отразява и върху възрастовата структура на работната сила в здравеопазването - делът на по-възрастните здравни работници вече е по-голям от този на току-що започващите своята кариера и тези на средна възраст.

Съществуват също така различия при осигуряването на здравни услуги поради **недостиг на общопрактикуващи лекари и на болнични лекари** в малките населени места. Причините за това са натовареността и недооценяването на лекарския труд в амбулаторните практики и по-добрите възможности за постигането на баланс между работата, семейството и свободното време в големите градове. Според проучванията в Германия 23 % от лекарите планират да изоставят практиката си до 2020 г., а до 2030 г. общият недостиг да бъде около 111 000 лекари. [4]

Има и **дисбаланс в отделните медицински специалности**, причините за който са различни, но преди всичко индивидуалният избор зависи от условията на труд в съответните специалности. Демотивиращи за завършилите медицина са интензивният график, хирургическата натовареност и работата с пациенти, страдащи от трудно лечими заболявания. Не само у нас, но и в другите европейски страни и САЩ се оформят т. нар. „дефицитни специалности“. В западноевропейските страни се търсят специалисти по анестезиология и интензивно лечение, хирургия, акушерство и гинекология, и др. В САЩ за няколко болници има само един анестезиолог на разположение, а нашата здравна система се нуждае от лекари специалисти по анестезиология, хирургия, патология, рентгенология, лъчелечение, педиатрия. Във всички здравни системи остават незаети много работни места за лекари със специалност по обща медицина.

➤ *интернационализирането на медицината поражда постоянна мобилност на медицински кадри:*

Трансграничната трудова миграция е друг фактор, който оказва въздействие върху здравните системи. От една страна този фактор има положителен ефект за развитите страни, които в последните години създадоха много работни места в здравеопазването, за заемането на които разчитат и на имигриращи лекари. От друга страна емиграцията създава риск за здравеопазването в страните, които имат по-слабо развита икономика и неефективна здравноосигурителна система. „Пътят на лекарите“ е от Източна към Западна Европа и от Западна Европа към САЩ. Страни на дестинация за българските лекари се оформят Германия, Великобритания и Франция, а според цитирания по-горе анализ, направен от професор Монтгомъри, президент на Федералната лекарска камара на Германия и председател на Лекарската камара на Хамбург, за немските лекари най-популярните страни за емиграция през 2014 г. са Швейцария (754), Австрия (285) и САЩ (131).

Някои автори [5] посочват, че причини за трансграничната миграция не са само по-високите доходи – в приемащата страна лекарите търсят също и по-добри условия на труд, както и възможности за професионално развитие и обществено признание.

На тези потребности се основават емиграционните решения на лекарите при традиционната (реална) трансгранична миграция, при която има напускане на територията и трудовия пазар на страната на произход и заселване (постоянно или временно) на територията на приемащата страна. Но научните изследвания, електронното здравеопазване и телемедицината формират нов вид **виртуална лекарска миграция**, защото все повече здравни работници се включват в работния потенциал на здравни системи, различни от здравната система на държавата, в която живеят и чиято територия не напускат.

2. Тенденции в усилията за преодоляване на проблема с недостига на лекари

За решаване на проблемите с медицинските кадри, задоволяването на нарастващите потребности от здравни услуги и гарантирането на достъпа до качествено медицинско образование работят, както европейските институции, така също и национални и международни организации в областта на

здравеопазването и образованието. Налага се тенденцията целите на техните политики да бъдат постигнати чрез **ефективното използване на съществуващите и въвеждане на нови здравни технологии** [6] в медицинската практика и прилагането на **иновативни форми на обучение**, а очакваните ефекти за здравеопазването в бъдеще са следните:

- **повече млади хора, най-вече младежи, да изберат лекарската професия** - чрез въвеждане на електронна, дистанционна и симулационна форма на обучение се увеличават възможностите за преподаване на студентите в триизмерен образ, извършването на тестови операции, симулирането на различни заболявания и др., което прави обучението по медицина по-привлекателно, актуално и интерактивно;

- **мотивиране на лекарите да се включват в научно-изследователската и развойна дейност** - научните изследвания и телемедицината осигуряват възможности за повишаване престижа на лекарската професия, кариерното развитие и придобиването на межкултурна компетентност;

- **подобряване на работния график в здравния сектор** - подходът за осигуряване на мобилни медицински екипи, онлайн консултации чрез аудио- и видеоконферентни връзки от по-опитните специалисти за младите лекари и тези на дежурство, ще подобри, от една страна, разпределението на работното време и обема работа в зависимост от жизненият цикъл на медиците, и от друга, ще отговори на специфичните потребности на лечебното заведение и саморегулацията на лекарската професия;

- **осигуряване на по-добри условия на труд на здравните работници** - чрез използването на здравни технологии и съвременни средства за колективна защита и лични предпазни средства могат да се намалят професионалният стрес, професионалните заболявания и трудовите злополуки и едновременно с това да се повиши интересът на завършилите медицина към специализация в медицински специалности с неблагоприятни условия на труд;

- **привличане и задържане на лекари за работа в по-малките населени места** - осигуряването на необходимите материални условия и технологична обезпеченост на лечебните заведения ще гарантира професионална квалификация и развитие на работното място, а също така поддържането на баланс между работата и личния живот, независимо от това къде осъществяват дейност лекарите;

- **намаляване отрицателния ефект на трансграничната миграция** - чрез насърчаване на виртуалната лекарска мобилност се гарантира конкурентоспособност и устойчивост на националните здравни системи, а с интернационализирането на медицинското познание, работата от разстояние и иновативните форми на обучение се задоволяват интересите на лекарите за получаване на по-добро образование и кариерно развитие в различни страни.

3. Клиничният опит – основа на медицинското образование, специализация и квалификация

Процесът на медицинско образование започва от приемането на студентите по медицина и завършва с прекратяването на активната професионална дейност на лекарите. Това е причината системата на медицинско образование да се разделя на три фази: базово (студентско) медицинско образование, следдипломно (специализирано) обучение в определена област на медицината и непрекъснато (надграждащо) професионално развитие на лекарите, клиничната специализация да се определя като период на „чиракуване“, а клиничният опит - като основа на лекарския професионализъм.

За **обвързаността на медицинското обучение с клиничната практика**, и в трите фази, има прието становище на Световната медицинска асоциация, в което се казва, че клиничната съставка на медицинското обучение следва да бъде центрирана върху изследването на пациенти под наблюдение и да включва непосредствен опит в диагностициране и лечение на болестта. [7]

Учебните програми в **базовото медицинско образование** включват клинична практика (стаж), по време на която студентите наблюдават в клинични условия дейността на лекарите специалисти и извършват дейности, които не са пряко свързани с обслужването на пациентите и тяхното лечение.

Лекарите специализанти, които след придобита магистърска степен по медицина се обучават в определена **клинична специалност**, работят в болничен медицински екип и полагат личен труд в грижите за пациентите и извършването на медицинска дейност, но под надзора на лекар специалист (клиничен ръководител). Идеята е в края на специализираното обучение специализантът да може самостоятелно да извършва всяка медицинска дейност, която извършва неговият клиничен ръководител.

След специализацията лекарите поемат ангажимент към съсловието и обществото, че ще поддържат постоянно своята квалификация, а заинтересованите страни си разпределят отговорността да осигуряват условия за *непрекъснато медицинско обучение* и възможности за развитие на всеки лекар, без продължително откъсване от работното му място. Задължение на лекарите е да предоставят на своите пациенти медицинска помощ и консултации, адекватни на тяхната непрекъсната развиваща се професионална компетентност, придобити знания и практически умения в съответната медицинска специалност.

При съществуващите проблеми с медицинските кадри, особеностите на медицинското обучение и необходимостта да се гарантира съответствие със стандартите и критериите за качество в световен мащаб, **иновациите са в основата на настоящите и бъдещите решения в сферата на медицинското образование и здравеопазването.**

Електронното и дистанционното обучение са предпочитани форми в здравеопазването, поради големият обем знание, което студентите трябва да придобият в академичния предклиничен период на своето обучение и натовареният работен график на специализантите и практикуващите лекари. Чрез Интернет и интегрираните информационни системи студентите и лекарите могат да се обучават онлайн, да споделят информация, мнения и становища за по-бързото решаване на проблемите в ежедневната им работа. Целта на комуникацията е придобиването на знания, усъвършенстването на уменията на лекарите и предоставянето на качествени здравни грижи за пациентите.

Симулационната форма на обучение предоставя нови възможности за обучение на студенти и специализанти и развива уменията, необходими за практикуването на медицина. Симулаторите са интуитивни и пресъздават напълно симптомите на заболяването и състоянието на пациента, отчитат грешките и усложненията и позволяват многократно повтаряне на действията на обучаващия се докато не бъдат усвоени до съвършенство. Не винаги при практическото обучение има подходящи клинични случаи, а дори и да има е възможно да откажат върху тях да се провежда обучение. Затова в много медицински университети симулационното обучение е задължителен период преди извършването на каквато и да е интервенция върху пациентите.

В световен мащаб се предлагат висококачествено образование и квалификация чрез въвеждането на триизмерен (3D) формат, като най-успешното му приложение е в областта на анатомията, хирургичната анатомия и миниинвазивните диагностични изследвания и операции (наричат ги още „безкръвни операции“ заради минималната кръвозагуба).

Минимално инвазивната хирургия е сравнително млада, на около 25 години, но почти изцяло се наложи в хирургичната дейност на университетските клиники, включително и у нас, като все повече заболявания могат да се лекуват чрез нея. Тя е предпочитана пред традиционната отворена хирургия понеже при тези операции, освен минималната кръвозагуба, по-слабата следоперативна болка и усложнения, болничният престой се съкращава и пациентът може по-бързо да се върне към ежедневната активност и работа.

При миниинвазивния метод в естествени отвори или направени разрези се поставят малки тръбички и през тях се въвеждат в тялото специална видеокамера и различни фини и прецизни хирургични инструменти. Това позволява на лекаря да наблюдава своята работа, органите и тъканите, посредством образа от камерата на монитор с няколкократно увеличение на образа. Методът позволява не само лечение, но и обучение на много високо ниво.

4. Формиране на глобална клинична среда

Предоставянето на качествени здравни услуги на населението се осъществява в условията на стандартизирани изисквания, определени в съответните медицински стандарти и лечебни алгоритми, относно управлението, структурата, материалната база, технологичното оборудване и човешките ресурси на лечебното заведение, т.е. относно средата, в която се извършва диагностично-лечебния процес и се обучават студенти и специализанти. Едновременно с това иновациите промениха из основи клиничната практика и медицинското обучение и започна процес на формиране на нова **глобална клинична среда**, в която действат етични принципи, правни норми, икономически анализи и финансови потоци, различни от тези, отнасящи се до традиционната клинична среда на лечебните заведения. Ако до преди няколко години в една болница не можеше да съществува хирургична клиника/отделение без патологоанатомична

структура, сега в развитите държави вече е възможно да няма лекар специалист по патология на територията на лечебното заведение. Защото патологът работи в друг град или държава, но с помощта на камерата и интернет мрежата пациентът получава спешна диагноза за същото време, което е необходимо на лабораторията ако тя беше на територията на лечебното заведение. Промените в клиничната среда са съответни на технологичното развитие, защото вече са възможни получаването по виртуален път на образни и лабораторни изследвания; консултации в реално време за лекари и пациенти; дистанционно поставяне на диагноза и получаване на второ лекарско мнение; наблюдение от разстояние на операцията и постоперативното състояние и поведението на пациента чрез монтирана камера в болничната стая, и т.н.

В тази **нестандартна пространствена среда** мултидисциплинарни екипи от учени, изследователи, преподаватели, информатици и практикуващи лекари осъществяват дейност, съчетаваща напредъка в образователните стратегии с новите информационни решения и здравните технологии. В резултат на това се извършва трансформация не само в преподаването и грижите за пациентите, но и в пространственото измерение на средата, в която се осъществява диагностично-лечебния процес.

5. Етични проблеми в глобалната клинична среда

За студентите в миналото упражненията по някои от дисциплините, примерно физиология, са сериозно препятствие по пътя им да станат лекари и ги отдалечава от идеалистичните представи за лекарската професия, които са имали преди да започнат обучението си. Затова те се абстрахират от случващото се около тях и за повечето практиката след това е професионално изпълнение на работата, но без да се интересуват от личността на пациента.

Известният с книгите си за лекарската професия и етика немски лекар Ервин Лик описва в началото на XX век обучението по физиология и неприятностите, които са му причинили жестоките опити върху животни по тази дисциплина. Задава си въпроса необходими ли са наистина за бъдещия лекар физиологическите упражнения в тази форма? По-късно казва, че като студент е отговарял на този въпрос с отрицателно чувство, а когато вече има собствена клиника отговорът е бил потвърден с разума. Според него подобни опити застрашават медицинското поколение от възпитание в суровост и не приема възражението, че става суров този, който по сърце си е такъв. Изводът му е, че един студент може да бъде способен и съвестен лекар без да е преживял опитите върху безпомощните опитни животни. [8]

В последните десетилетия упражненията не са толкова зловредни за психиката на студентите, въпреки че съм чувала споделяния за това колко са цинични патолозите и как тяхното неразбираемо чувство за хумор ги кара по някой път в секционната зала да изпробват по странен начин реакцията на „новобранците“.

Сега обаче се явява нова причина, която оправдава донякъде дистанцираното поведение на лекарите. Още в началото на обучението по медицина, когато се изучават анатомия и физиология и свързаните с тях науки, студентите са принудени да мислят за частите, а не за цялото, защото им се налага да запаметяват голям брой факти. Затова до момента на клиничния контакт с пациента студентите вече са програмирани да анализират частите чрез изолирането им от цялото. [9] Тази нагласа определя поведението след като започнат самостоятелна практика по избраната специалност – лекуват болния орган, но не се интересуват от преживяванията и тревожността на пациента, свързани със заболяването му.

В следващия етап на своето образование – специализацията, лекарите са насърчавани да станат учени в рамките на избраната от тях област на медицината и да се подготвят за обучение и самообучение през целия период на активна професионална дейност в системата на продължаващото медицинско обучение и професионалното развитие. Това е друга предпоставка лекарите да възприемат себе си като единствено компетентни и способни да вземат решение, без каквато и да било комуникация с пациента. Може да се прибави и фактът, че продължителното излагане на критични ситуации намалява чувствителността им към по-обикновени преживявания, зависеща често от нравствените и психични качества на отделната личност, включително и умението здравният проблем да се обсъжда в диалог между лекаря и пациента. Лекарят започва да възприема пациента като клиничен случай и по този начин към досегашните натрупвания се прибавят и нови взаимни обвинения за неетично поведение, защото напредъкът в медицината задълбочава някои от съществуващите и поставя нови етични проблеми. Между тях най-ясно се открояват два аспекта, свързани с:

- неприкосновеността на личния живот и сигурността за опазване на лекарската тайна и гарантиране правото на защита на личните данни - събирането и обработването на данните поражда риск от свободното им разпространение, а разкриването на здравословното състояние или на диагнозата може да повлияе отрицателно върху личния и професионалния живот на определено лице;

- транскултурните различия и осъществяването на нормална комуникация между лекар и пациент - поради културните и езиковите различия, които са неизбежни в глобалната клинична среда, събирането на необходимата фактологична информация става на език, който не е матерен, и в различна за лекаря и/или за пациента социална среда – това нарушава способността да се комуникира и способността за справяне с неяснотата относно здравословното състояние на пациента.

6. Заключение

Днес все още си спомняме за търсения единствен лекар в района, който разчита само на своя практически опит, стетоскоп и интуиция (в много редки случаи на рентгенова снимка) при диагностиката, примерно на заболяване на белия дроб. Извършващата се в рамките на едно поколение трансформация в материалната база, технологичната обезпеченост и териториалният обхват на предоставяните здравни услуги промени критериите ни за качество. Много бързо се адаптирахме към технологичните промени и в голямата им част започнахме да ги възприемаме като предимство. Това, което не съответства на промените е удовлетвореността на пациентите и поради тази причина продължаваме да си задаваме въпросите - дали е по-добре за пациента лекарят да знае името му, но да има ограничени възможности за диагностика и лечение, или пациентът може и да е анонимен, но да има точно заключение за болестното състояние, по-голяма увереност на лекарското решение и възможности за иновативно лечение? Или има и средно положение?

Литература

1. Medicine—a woman's world?, <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20006082>
2. Spitalsärztin/Spitalsarzt 2025 – Die Zukunft der österreichischen Spitäler, 23.07.2014, <http://www.aerztekammer.at/home/>
3. Лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ и здравни заведения към 31.12.2014 година, http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/HealthEtabl2014_J002QBW.pdf
4. Ärztstatistik 2014: Etwas mehr und doch zu wenig, <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztstatistik/aerztstatistik-2014/>
5. Vincenzo Costigliola, Mobility of medical doctors in cross-border healthcare, EPMA J. 2011 Dec; 2(4): 333–339., <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405407/>
6. Здравната технология е приложението на научното познание в здравните грижи и профилактиката на болестите. *Оценката на здравни технологии (Health technology assessment (HTA))* е мултидисциплинарен процес, обобщаващ систематично, прозрачно, безпристрастно и ясно информация по медицински, социални, икономически и етични въпроси, свързани с използването на здравни технологии. Нейната цел е да предоставя информация за формулирането на безопасни и ефективни здравни политики, съсредоточени върху пациентите и търсещи постигане на максимален резултат. http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/policy/index_bg.htm
7. Лекарят, пациентът, обществото, сборник, Фондация „Невронауки и поведение“, С., 1994, стр. 45.
8. Лик,Ер., Лекарят и неговото призвание, Печатница „Художник“, С., 1928, стр. 16.
9. Под редакцията на Филип Дж. Баркър и Стив Болдуин, Етични проблеми в психичноздравната помощ, Българска психиатрична асоциация, С., 1999, стр. 58.

НЕМСКАТА СИСТЕМА ЗА САМОРЕГУЛАЦИЯ НА ЛЕКАРСКАТА ПРОФЕСИЯ¹⁰

THE GERMAN SYSTEM FOR SELF-REGULATION OF THE MEDICAL PROFESSION

Snezhana Kondeva

Chairman of the Board of Directors of Second Multiprofile Hospital for Active Treatment - Sofia EAD, Bulgaria,
snkondeva@abv.bg

Abstract. *The immigrating Bulgarian doctors predominantly choose Germany, because there the doctors-specialists get much higher payment and social status, and the residents – possibility to practice almost any medical activity and to develop professionally while still in the course of their specialization. These better conditions for work and specialization are primarily the result of the effectiveness of the German system for self-regulation of the medical profession. The aim of this report is to present the traditionally good management practices in Germany that can contribute to determining the conception for improvement of the system for clinical specialization and for professional self-regulation of doctors in Bulgaria.*

Keywords: *self-regulation, self-government, the medical profession in Germany*

1. Въведение

Емигриращите български лекари избират преди всичко Германия, защото там лекарите специалисти получават много по-високо заплащане и социален статус, а лекарите специалисти – възможност да извършват почти всякаква медицинска дейност и да се развиват професионално още по време на специализацията. Тези по-добри условия за работа и специализация се дължат основно на ефективността на немската система за саморегулация на лекарската професия.

Целта на настоящия доклад е да бъдат представени традиционно добрите управленски практики в Германия, които могат да допринесат за определяне визията за усъвършенстване на системата за клинична специализация и за професионалната саморегулация на лекарите в България.

2. Условия за работа и специализация на лекарите в Германия – поглед от България

Българските лекари, които са решили да работят в чужбина, предпочитат Германия. Започването на работа не изисква много време, първо, защото там също има недостиг на лекари, особено извън големите градове, второ, защото дипломите, издадени в нашата страна съответстват на минималните изисквания в Европейския съюз, съгласно директива 2005/36/ЕС, и трето, защото работодателите ползват услугите на посреднически и консултантски агенции за набиране на лекари, с което значително се намалява времето за подготовка на необходимите документи.

Признават се както дипломите за магистър-лекар, така и дипломата за специалност (нарича се още „удостоверение за съответствие“). Лекарите без специалност, както и тези със специалност, които не са направили постъпки за признаването ѝ, могат да работят само като асистент-лекари.

Дипломите, издадени преди приемането на страната ни в Европейския съюз се признават, но има допълнително изискване за удостоверяване, че през последните 5 години лекарят е упражнявал професията си на пълен работен ден най-малко 3 последователни години.

Същественото условие обаче е разрешението за работа като лекар в Германия, което се нарича апробация (*Approbation*). За издаването на разрешение за работа институциите в съответната провинция изискват удостоверение, че работодател в тяхната провинция ще наеме лицето. Независимо, че документите са различни за всяка провинция, апробацията дава право за работа на цялата територия на страната.

Лекарят може да започне работа без апробация, но трудът му няма да бъде заплатен докато не я получи, а времето за получаването ѝ е около 3 месеца.

¹⁰ За цитиране: Кондева, Сн., „Немската система за саморегулация на лекарската професия“, доклад в XIV Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 16“ - Стопански факултет на ТУ-София, гр. Созопол, 2016 г.

Задължително е членството в лекарска камара и притежаването на сертификат за владее на немски език, минимум ниво B2. В някои провинции има и по-високи изисквания за владее на езика, а медицинският немски не е задължително условие, защото след започване на работа повечето болници осигуряват кратки курсове на място.

Лекарските заплати в Германия зависят от фактори като: семейно положение, квалификация, опит, големина и местоположение на здравното заведение и др. Възнагражденията на лекарите извън големите градове са по-високи.

Работодателите, които са поканили даден лекар на интервю, поемат разходите за хотел и храна, като изцяло или частично възстановяват пътните разходи. Съдействат за осигуряване на жилище под наем, но в повечето случаи предлагат настаняване в общежитие или апартаменти на болницата.

3. Система на медицинско самоуправление, регулация и обучение

Централната организация в системата за медицинско самоуправление е Федералната лекарска камара (*Bundesärztekammer* (BÄK), която обединява 17-те лекарски камари в Германия (*Landesärztekammer*). Тези камари са самоуправляващи се публични институции, независими от правителствата на отделните провинции. Членството в камарите на федералните провинции е задължително за всички лекари, които практикуват в Германия.

Асоциацията на немските камари на лекарите представлява интересите на лекарите по въпроси, свързани с професионалната политика и е активен участник в законодателните процедури, в процесите при формиране на професионални становища и мнения, свързани със здравеопазването и социалната политика.

Лекарите са членове на Федералната камара на лекарите по силата на задължителното си членство в камара на лекарите в съответната федерална провинция.

Немската лекарска асамблея (*Deutscher Ärztetag*), наричана още „парламента на лекарската професия“ в Германия, се провежда всяка година от 1873 г., с изключение на следните години: 1912, 1915-1917, 1920, 1922/1923, 1932-1947.

Намерението на немските лекари през 1873 г. е да се обединят усилията на разпръснатите по това време медицински дружества за обмен и взаимно признаване на научните и практическите постижения на лекарската професия и социалното осигуряване на лекарите.

Новата страница в самоуправлението на немските лекари започва през 1947 г., когато западногерманските лекарски камари учредяват Федералната лекарска камара. След обединението на Германия във федералната камара се включват и създадените самостоятелни камари в бившите източногермански провинции.

Седалището на Федералната лекарска камара е в Берлин. Органи на камарата са Общото събрание, Управителният съвет, Председателският съвет и Изпълнителният съвет. Годишната лекарска асамблея е общото събрание на Федералната лекарска камара, която се свиква и работи по специален правилник. [1]

На лекарската асамблея председателят или генералният секретар представят годишен доклад за работата на Федералната лекарска камара, а председателят на Комитета по финанси отчита финансите и резултатите от одитите на комисията.

Камарите на лекарите изпращат общо 250 делегати за Немската лекарска асамблея. Делегатите обсъждат и приемат общи професионални регламенти относно, например, професионалния регистър на лекарите (*Musterberufsordnung*) и регламентирането на обучението за придобиване на специалност (*Musterweiterbildungsordnung*). Приемат също така становища по актуални въпроси на лекарската професия и по социално-политически дебати, свързани със здравеопазването.

В специална публикация [2] Федералната лекарска камара представя структурата и състава на комисиите и работните групи.

В Академията на диалога на Федералната лекарска камара (*Akademien der Bundesärztekammer im Dialog*) са създадени тематични работни групи – по финансиране на амбулаторното обучение, стратегиите, медицинската психотерапия, и др.

От 1996 г. е учредена позиция комисар (омбудсман) по правата на човека на Федералната лекарска камара. Сферата на дейност на омбудсмана по правата на човека включва консултиране и информиране на провинциалните камари, лекарите и обществеността по правни и политически въпроси на

законодателството и административни действия в областта на медицината, при които правата на човека са изложени на риск. Комисарят по правата на човека няма правомощия по отношение правните действия на лекарските камари и отговорности, свързани с предполагаеми нарушения на лекари в рамките на немското право.

Функциите на Федералната лекарска камара са:

- Осигуряването на добра медицинска помощ на населението чрез постоянен обмен на опит между провинциалните камари на лекарите и координирането на техните цели и дейности.
- Насърчаването на чувство за единство между всички лекари, които практикуват в Германия, като предоставя съвети и ги информира за всички важни процеси и дейности, свързани с лекарската професия, здравеопазването и обществото.
- Постигането на оптимална степен на регулиране на професионалните задължения и принципи на лекарската практика във всички медицински области.
- Гарантирането на професионалните интереси на лекарите по въпроси, които са извън рамките на самоуправлението и саморегулацията на професията – връзки с федералното правителство, двете камари на парламента и политическите партии.
- Защитаване позициите на лекарската професия по въпроси, отнасящи се до здравната политика и медицинската практика.
- Насърчаване на продължаващото медицинско обучение и осигуряването на медицинско качество.
- Изграждане и поддържане на добри отношения с медицинските асоциации и научната медицинска общност в чужбина.
- Наблюдение върху прилагането на:
 - Професионалния кодекс (*Berufsordnung*), който регламентира етичните и професионалните задължения на лекарите, взаимоотношенията помежду им и с пациентите и
 - Правилата за обучение за придобиване на специалност, които определят съдържанието, продължителността и целите на обучение и наименованията на отделните специалности и подспециалности.

Лекарските камари на отделните провинции имат допълнителни задължения, като например поддържането на специфични здравни услуги, регулирането на специализираното обучение и изпитите за специалност, мониторинга на професионалното поведение, разследването на претенции за злоупотреби, както и организирането на социалното осигуряване и пенсионния фонд на лекарите.

Основните дейности на асоциацията са свързани с изпълнение на решенията на самата камара, представителство и застъпничество на интересите на немските лекари на национално и международно ниво, консултиране на немския парламент и правителството, мониторинг на пазара на наркотици със специален фокус върху нежеланите лекарствени реакции, които се регистрират от Комисията по лекарствата, както и на дейността на Националната асоциация за задължително здравно застраховане на лекарите.

Федералната лекарска камара няма синдикален характер, но въпреки това се ангажира да преговаря за заплащането на медицинската експертиза от пенсионните фондове, за обезщетенията за медицинските експертизи и свидетелите в съда, и др.

Камарата преговаря също така и с Министерство на здравеопазването относно схемата за заплащане на лекарите в частния сектор.

Едно от основните задължения на Федералната лекарска камара е поддържането на високи професионални и етични стандарти в областта на медицината. Тази цел е ръководна по отношение на всички дейности във всички органи и комисии на федералната и регионалните лекарски камари. Тя се разглежда като предпоставка за предоставяне на най-добрата медицинска услуга на обществото, както и като гаранция за независимостта на самоуправляващата се структура на лекарската професия.

Федералната камара се ангажира да подкрепя развитието и интеграцията на Европейския съюз и интензивното сътрудничество с всички международни организации и органи. [3]

Според Правилника за квалификация на лекарите (*Weiterbildungsordnung*), специализацията в Германия, като обучение за придобиване на специфични умения в определена област на медицината след завършване на основна образователна степен и получаване на разрешение за практикуването на медицина, се характеризира със следното:

- По отношение на отговорностите за специализираното обучение:
 - Федералната лекарска камара (*Bundesärztekammer* (BÄK) разработва правила за обучение, [4] които имат препоръчителен характер и определят минималните срокове и минималното съдържание, а условията на индивидуалната специализация се регламентират от лекарската камара на провинцията, в която работи съответния лекар.
 - Отговорни по всички въпроси, отнасящи се до следдипломното (специалното и продължителното) медицинско обучение са лекарските камари на отделните провинции (*Landesarztekammern*).
 - Обучаващият лекар е специалист в определена медицинска специалност или подспециалност, който притежава сертификат, издаден от провинциалната лекарска камара.
 - Центърът за обучение е университет, институт, отделна клиника на лечебно заведение или лекарска практика, одобрени от лекарската камара на провинцията, в която се намира.
 - Федералната лекарска камара е неперсонифицирано сдружение, * а камарите на лекарите на отделните провинции са корпорации на публичното право. ****
- Сертифицираният от лекарската камара и работещ в одобрен център за обучение лекар специалист притежава властовият ресурс да провежда и оценява обучението на специализанта.
- Изискванията към центъра за обучение са да поддържа необходимия брой пациенти с типични за съответната специалност заболявания; да разполага с персонал и оборудване, отговарящи на развитието на медицината и на програмите за обучение, и да осигурява редовни обучителни консултации.
- Разрешението на центъра за обучение може изцяло или частично да бъде отнето, когато отпаднат основанията за издаване на сертификат на единствен обучаващ лекар, когато се установи, че не се изпълнява или вече не може да бъде изпълнявана програмата за обучение или когато не могат да бъдат изпълнени изискванията за осигуряване на достатъчен брой пациенти с типични заболявания, персонал, оборудване и консултации, необходими за обучението.
- По отношение статуса на специализантите и получаването на удостоверение за признаване на специалност:
 - Приоритет е практическото приложение на медицинските познания в извънболничната, болничната и рехабилитационната грижа за пациентите.
 - Обучението в определена област на медицината се провежда под формата на структуриран ред в придобиването на квалификация, като специализантът трябва да изпълни конкретна програма с определени изследвания и методи на лечение.
 - По време на специализацията специализантът не държи формални изпити, а само един основен изпит след завършване на обучението. За някои специалности обаче има изисквания за допълнително обучение и курсове от системата за следдипломно обучение, които се провеждат в медицински университети, центрове и институти за следдипломно обучение и са платени.
 - Предписаните минимални изисквания към съдържанието и продължителността се удължават при индивидуалното обучение в зависимост от личното разпределение на периодите за работа (майчинство, непълно работно време и т.н.) и от степента на усвояване на специалните знания и практическото им приложение.
 - Обучението се провежда в одобрени обучителни институции, където лекарят асистент работи на пълно работно време (или на намалено работно време за по-дълъг период) и извършваната от него медицинска дейност се заплаща. То включва практическа дейност и теоретично обучение под надзора на оторизираните лекари и в определените случаи допълнителни курсове, които специализантът трябва успешно да приключи.
 - Завършването на обучението и получаването на квалификация „лекар специалист“ по определена медицинска специалност или подспециалност се потвърждава от удостоверение за признаване, което се издава след документирано приключване и оценяване на лекаря асистент от страна на обучаващия лекар и успешно положен изпит.

** Обединяване на 2 или повече лица за извършване на съвместна дейност и постигане на обща цел. Самото дружество не е ЮЛ.

**** ЮЛ на публичното право, на което държавата възлага със закон публичноправни функции – организиране, контрол, известна дисциплинарна власт спрямо членовете, и др.

- Допускането до изпита става след заявление и разрешение от лекарската камара въз основа на изпълнението на изискванията за срок и съдържание на обучението и оценката на обучаващия лекар.
- Изпитните комисии се назначават от съответната лекарска камара, но в тях могат да се включват и лекари от други провинциални камари.

4. Състояние на лекарската професия - поглед от Германия

В сайта на федералната камара е публикуван кратък анализ на официалните статистически данни за 2014 г., направен от професор Франк Улрих Монтгомъри, президент на Федералната лекарска камара и председател на Лекарската камара на Хамбург: [5]

През 2014 г. с 2,2 на сто е нараснал броят на регистрираните в провинциалните камари, които работят като лекари, като в края на годината те са 365 247. Това увеличение, според проф. Монтгомъри, не е достатъчно, за да се премахнат различията в предоставянето на медицинска помощ, създадени в резултат на поредица от социални развития.

Налице е смяна на приоритетите на младите лекари, които вече отдават голямо значение на постигането на баланс между работата, семейството и свободното време, на фиксираните работни часове и гъвкавите модели на работното време. В резултат все повече от тях избират да работят на непълно работно време.

Според проучванията 23 % от лекарите планират да изоставят практиката си до 2020 г. В същото време има необходимост от повече персонал, в резултат от новите възможности за лечение и поради демографските промени - броят на населението на възраст над 79 години ще се увеличава до около 13 % към 2060 г. Колкото по-възрастно е населението, толкова по-голям е интензитетът на лечението и по този начин търсенето на лекари. От всички страни в Европейския съюз Германия е с най-възрастното население, а в световен мащаб е втората страна след Япония. Прогнозира се недостиг на около 111 000 лекари до 2030 г., според консултантската компания Roland Berger.

Обществото застарява, а с него и медицинската професия. Делът на лекарите под 35-годишна възраст през 2014 г. е бил 18,3 %. За сравнение през 1993 г. 26,6 % от лекарите са били на възраст до 35 години. Освен това делът на лекарите на възраст между 40 и 49 години намалява от 26,6 % на 25,2 %, докато делът на тези, които са на възраст от 50 до 59 години от 28,3 % е нараснал до 28,5 %.

През 2014 г. 2 364 лекари са напуснали Германия. Най-популярните страни за емиграция са, както в предишни години, Швейцария (754), Австрия (285) и САЩ (131).

За известно облекчение, според проф. Монтгомъри, имиграцията се предвижда. - Броят на регистрираните в Германия чуждестранни лекари се е увеличил през 2014 г. на 39 661, което представлява увеличение от 10,5 %. Най-голямо е увеличението на регистрираните лекари от европейските страни – с 2 361 и по-специално от Европейския съюз с 1 692. Общо 72,3 % от всички чуждестранни лекари са от Европа, 18,4 % от Азия, 5,7 % от Африка и 2,9 % от Америка. Най-големите групи са от Румъния (3 857), Гърция (3 011), Австрия (2 695) и Полша (1 936). Лекарите от чужбина имат съществен принос за поддържането на медицинската помощ в селските райони.

5. Заключение

През 1998 г. 60 народни представители от 38-то НС оспориха пред Конституционния съд (КС) задължителното членство в Българския лекарски съюз (БЛС). [6] Съдът отхвърли искането им за обявяване на атакуваните разпоредби в Закона за съсловните организации на лекарите и стоматолозите за противоконституционни, позовавайки се на практиката на Европейския съд по правата на човека по отношение на публичните корпорации.

В подкрепа на своето решение конституционните съдии посочват, представеното по едно от делата в Страсбург, становище на Германския федерален конституционен съд и на господстващата германска правна доктрина, отнасящо се до различните корпорации (т.нар. камари) на публичното право, включително на лекарите и стоматолозите. В него е казано, че задължителното членство в камара на лицата, упражняващи съответните професии, не противоречи на Конституцията на Германия, защото прогласената свобода на сдружаване се отнася до учредяването на сдружения с идеална цел и на дружества, които имат частноправен характер. Корпорациите на публичното право не попадат в тази категория и затова те не са противоконституционни.

Независимо от особеното мнение на някои конституционни съдии, е потвърден статутът на БЛС като корпорация, която разполага с известни публичноправни функции за организиране, контрол и дисциплинарна власт спрямо лекарите.

В нашата правна система вече се утвърдиха различни корпорации на публичното право – камара на строителите, архитектите, инженерите в инвестиционното проектиране, частните съдебни изпълнители, независимите оценители, адвокатите, и др.

За съжаление съсловната организация на лекарите, въпреки решението на КС през 1998 г., продължава да има ограничени функции и статутът на БЛС е по-скоро на синдикат, отколкото на камара, независимо от направените от него структурни промени и създаването на Акредитационен съвет и бордове по повечето медицински специалности.

По-нататъшното усъвършенстване на системата, с цел предоставяне на най-добрата медицинска услуга на обществото, е невъзможно без промяна в законодателството и разширяването на функциите на съсловната организация по отношение придобиването на специалност от лекарите. Сега Законът за здравето възлага на БЛС само организацията, координацията и контролът върху продължаващото професионално развитие на лекарите.

Премахването на ограниченията и регламентирането статута на БЛС като камара ще утвърди, по примера на Германия и други страни-членки, неотменната отговорност на лекарската професия да се саморегулира, като естествена последица от правото на професионална автономия.

Литература

1. Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage [PDF], <http://www.bundesarztekkammer.de/aerztetag/geschaeftsordnung/>
2. Gesamtübersicht der Gremien der Bundesärztekammer [PDF]
Stand: 01.12.2015, <http://www.bundesarztekkammer.de/>
3. European Financial Management Association (EFMA), National medical associations, representing both member organisations and observers, <http://legeforeningen.no/efma-who/members/national-medical-associations-representing-both-member-organisations-and-observers/bundesarztekkammer-german-medical-association/>
4. (Muster-)Weiterbildungsordnung, <http://www.bundesarztekkammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>
5. Ärztestatistik 2014: Etwas mehr und doch zu wenig,
<http://www.bundesarztekkammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/>
6. Reshenie № 29 ot 11 noemvri 1998 g. po k.d. № 28/98 g. otnosno iskane za ustanovyavane na protivokonstitutsionnost na Zakona za saslovnite organizatsii na lekarite i stomatolozite

ПОЛОЖИТЕЛНОТО ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА МОБИЛНОСТТА НА ЛЕКАРИТЕ ВЪРХУ БРИТАНСКАТА ЗДРАВНА СИСТЕМА¹¹

¹¹ За цитиране: Кондева, Сн., „Положителното въздействие на мобилността на лекарите върху британската здравна система“, доклад в IX Международна научна конференция „Съвременни управленски практики, БСУ с партньорството на Стопанския факултет на СУ „Св. Климент Охридски“, гр. Бургас, 2016 г.

THE POSITIVE IMPACT OF THE MOBILITY OF DOCTORS ON THE BRITISH HEALTH SYSTEM

Snezhana Kondeva

Chairman of the Board of Directors of Second Multiprofile Hospital for Active Treatment - Sofia EAD, Bulgaria, snkondeva@abv.bg

Abstract: *In the next decade the policies and the activities of the Member States in the field of the European health care should be adapted to the growing demand and the limited possibilities for supply of health services. The aim of this report is to present the British system for specialized training of doctors and the possible ways for managing the shortage of doctors by making the most of the migration tendencies among the doctors.*

Keywords: *specialized training for doctors, mobility of doctors, British medical association and medical chamber*

1. Въведение

Общите проблеми на здравеопазването в Европа са свързани преди всичко с влошаване на демографските показатели на населението и възрастовата структура на медицинските кадри, условията на труд, продължителността на работното време и мобилността на лекарите. Всичко това оказва натиск върху националните системи, защото от една страна се увеличава търсенето, а от друга, се ограничават възможностите за предоставяне на здравни услуги. Европейската комисия препоръчва предприеманите мерки за адаптиране към новите условия да съхраняват националните традиции, но едновременно с това да възприемат и най-добрите практики за усъвършенстване на специализацията в медицината, непрекъснатото професионално обучение и квалификация на работещите в областта на здравеопазването и подобряване на тяхното възнаграждение.

Върху нашата система за специализация на лекарите в определена област на медицината оказват влияние общите за Съюза проблеми, но ако в западните здравни системи емиграцията на лекарите, най-вече в САЩ, се преодолява с професионална имиграция на лекари от Източна Европа, у нас проблемът с мобилността на лекарите застрашава конкурентоспособността на националната здравна система. Лечебните заведения имат все по-големи трудности при наемането на необходимия им брой лекари специалисти, съгласно медицинските стандарти, а здравната система като цяло се затруднява при осигуряването на достъп до медицинска помощ навсякъде и по всяко време, което е съвременната тенденция за гарантиране на качество на здравните услуги, предлагани на гражданите. Според представени от Българския лекарски съюз данни около 1/3 от емигриращите лекари са на възраст до 30 години, т.е. лекарите напускат страната в периода, през който започват следдипломното си обучение за придобиване на медицинска специалност. Това означава, че младите лекари търсят в чужбина по-добри условия за специализация.

Великобритания е една от предпочитаните дестинации за българските лекари поради лесното приспособяване към езика и доброто заплащане, което сравнено с получаваните у нас заплати е около десет пъти по-високо. Друга причина, която привлича нашите лекари не само към Обединеното кралство, но и към другите западни страни, е възможността за професионална реализация още по време на специализацията, защото тази възможност е минимизирана в нашата система за следдипломна клинична специализация.

В доклада се представя системата за следдипломно специализирано обучение на лекарите във Великобритания и реформите в Националната здравна служба, които дават възможност необходимия брой лекари специалисти да се осигуряват чрез използване на положителната страна на миграционните нагласи сред лекарското съсловие.

2. Система на следдипломно специализирано обучение във Великобритания

Специфичното за системата на острова е, че има:

- две отделни организации на британските лекари – синдикат и камара: Британската медицинска асоциация (*The British Medical Association* (BMA) [1] е синдикалната организация на лекарите, а

Националният лекарски съвет (*The General Medical Council (GMC)* [2] е отговорният орган за медицинско образование, правоспособност и работа на лекарите (с функции на лекарска камара),

- регионални структури за следдипломно медицинско обучение в Националната здравна служба: * Местни департаменти (*NHS Deanery*) в Шотландия, Уелс и Северна Ирландия, и Местни комисии за образование и обучение (*Local Education and Training Boards (LETBs)* в Англия;

- степен бакалавър в основното медицинско образование (за разлика от почти всички други държави, в които студентското образование е само редовна форма в магистърска степен),

- Базисна програма (*The Foundation Programme*) за задължително двугодишно обучение след завършването на медицински колеж и самата специализация. [3]

Британската медицинска асоциация (БМА) е професионалният синдикат на лекарите в Обединеното кралство, който няма отговорности по регистрацията и сертификацията на лекарите. Заявената цел на асоциацията е да насърчава медицината и свързаните с нея науки и да поддържа честта и интересите на лекарската професия.

БМА е създадена през 1832 г. като Провинциална медицинска и хирургическа асоциация (*Provincial Medical and Surgical Association (PMSA)*). Членството в провинциалната асоциация бързо нараства и през 1856 г. тя става Британска медицинска асоциация – първата в света професионална организация на лекарите на държавно ниво. *** Само две години по-късно (1858 г.) БМА изиграва ключова роля в изготвянето и приемането на Медицинския закон, с който се създава Националният лекарски съвет със задача да определи стандарт за квалифицирани и неквалифицирани лекари и да създаде система за професионално регулиране. [4]

Днес, основната цел на Националният лекарски съвет е да защитава, насърчава и поддържа здравето и безопасността на обществеността чрез осигуряване на подходящи стандарти в медицинската практика. В тази връзка законов ангажимент на Националният съвет е да предоставя на лекарите насоки по отношение на стандартите за професионално поведение, дейност и медицинска етика чрез публикуване на добра медицинска практика.

Националният съвет е независим орган, който регулира студентското медицинско образование и следдипломното обучение в Обединеното кралство. Следдипломното обучение обхваща задължителното двугодишно обучение, специализацията на лекарите, включително обучението по обща медицина и продължаващото обучение.

Правомощията и задълженията на Националният съвет са регламентирани в Медицинския закон от 1983 г., [5] а неговото предназначение е да гарантира, че пациентите могат да имат доверие в лекарите.

В тази връзка Националният лекарски съвет има следните четири основни функции:

- да поддържа актуални регистри на лекарите – на напълно регистрирани лекари или лекари с временна и ограничена регистрация;

- да насърчава добрата медицинска практика;

- да насърчава високите стандарти в медицинското образование;

- да налага санкции на лекари.

През юни 2012 г. към Националният съвет е създаден дисциплинарен комитет – Арбитраж на практикуващите лекари (*Medical Practitioners Tribunal Service (MPTS)*), за да може ясно да се разграничи функцията по проучване, изслушване в заседание и вземане на решение за налагане на санкция на лекари, чиято професионална дейност и/или правоспособност са поставени под въпрос. Арбитражът има правомощия да налага санкции на практикуващи лекари, когато това е необходимо, за да се предпази обществото от предлагане на медицинска помощ, несъответстваща на медицинските стандарти. Членовете на дисциплинарният комитет вземат самостоятелни решения, които се основават на установените от Националният съвет стандарти за добра практика. Изслушванията се провеждат в съответствие с Медицинския закон от 1983 г., като в повечето случаи те са публични. [6]

Извън обхвата на отговорностите на Националният лекарски съвет е предоставянето, организирането и отговорността за изпълнението на програмите за следдипломно обучение – в Базисната програма и

** Всяка от четирите страни на Обединеното кралство има публично финансирана система на здравеопазване, наречени Национална здравна служба (*National Health Service (NHS)*).

Понятието Национална здравна служба се използва и за общо обозначаване на четирите служби.

**** Втората в света професионална организация на лекарите е създаденият през 1901 г. Български лекарски съюз.

специализираното обучение. Тези функции, заедно с планирането на работната сила, са в правомощията на Националната здравна служба, департаментите (*deaneries*) и местните образователни доставчици (*Local Education Providers* (LEPs)). Те също така трябва да гарантират, че следдипломните програми са предоставяни в съответствие със стандартите, определени от Националния съвет. Националната здравна служба и образователните доставчици са отговорни за осигуряване на безопасна и ефективна грижа за пациентите и трябва да гарантират безопасна работна среда.

Базисната програма (*The Foundation Programme*) или Програмата е система за обучение в работна среда и представлява свързващото звено между медицинското училище и специализацията. За двугодишното обучение на лекарите има входен тест и класиране, с което следва да се измерят клиничните и теоретичните умения, които кандидатите са придобили по време на следването.

Дейността на стажантите е подходящо контролирана и с възможности за бърз достъп до консултация на работното място от клиничен ръководител. Учебните планове на Базисната програма подкрепят медиците в първите две години на професионално развитие чрез стажове в различни болници по базисни за медицината специалности - вътрешни болести, хирургия, педиатрия, спешна медицина и др. През първата година (F1) стажант-лекарите трябва да докажат, че могат да прилагат придобитите знания от следването и да се грижат за пациентите, както и че са компетентни в редица области, включително в извършването на манипулации, в провеждането на консултации, в осигуряването на безопасността на пациентите и работата в екип. Те трябва също така да развият и демонстрират редица основни междуличностни и клинични умения за лечение на остри и хронични заболявания, независимо от специалността, която ще изберат.

През втората година (F2) в Програмата стажантите имат повече отговорности - право да вземат самостоятелни решения, да участват в лечението на пациента и да обучават медицински сестри и студенти по медицина. Втората година е по-специализирана и се включват стажове само в няколко медицински направления, в зависимост от желанията за бъдеща специализация.

Основен процес в Базисната програма е Годишният преглед за напредъка на компетентността (*Annual Review of Competence Progression* (ARCP)). Лекарите се оценяват по резултатите от изпълнението на учебния план и вписват оценките си (не само най-добрите) в електронно портфолио.

Стажантите трябва да докажат, с помощта на структурирани инструменти за оценка, че са постигнали определени резултати на работното място, с което се цели да се отчете напредъка в компетентността в сравнение с тази на студента по медицина.

За успешното завършване на Базисната програма и получаване на документ за правоспособност (*Foundation Achievement of Competence Document* (FACD)), стажантът трябва да демонстрира професионални умения с повишаващо се ниво на отговорност. Обучението през втората година трябва да подготви стажанта за следващата стъпка в медицинската кариера – обучението за придобиване на специалност. [7]

През първата година лекарите имат частична регистрация в Националния лекарски съвет, а след завършване на първата година от Програмата правят заявление за пълна регистрация.

По време на тази програма се предвиждат и курсове, които не са свързани пряко с клиничната практика, но са необходими на британския лекар в ежедневната практика - счетоводство, администрация, здравно осигуряване и др.

Целта на Базисната програма е да насърчава ученето през целия живот и максимално добре да подготви стажантите за работата в британското здравеопазване

В здравната система на Великобритания специалистът е лекар, който има необходимия опит и квалификация, за да бъде регистриран от Националния лекарски съвет в регистъра на специалистите. Само лекари-специалисти могат да бъдат назначавани за консултанти в Националната здравна служба.

Лекарите могат да започнат обучение по желаната от тях специалност след успешно завършване на Базисната програма и преминаване през конкурентен процес (обикновено явяване на интервюта). В края на специализацията се издава Сертификат за завършен курс на обучение (*Certificate of Completion of Training* (CCT)), в резултат на задоволителна оценка на обучението и напредъка.

Департаментите и комисиите за образование и обучение имат териториален обхват и разполагат с училище за всяка медицинска дисциплина. Те са отговорни освен за оценката на стандартите по време на обучението, но и за признаване на болниците и практиките за обучение. Имат създадени комисии за

обучение по специалности, които също, като в Базисната програма, провеждат Годишен преглед за напредъка на компетентността (*Annual Review of Competence Progression* (ARCP)).

Програмите за специализирано обучение са с различна продължителност в зависимост от специалността. Учебните програми, използвани за отделните специалности, се определят от съответния кралски медицински колеж.

3. Реформите в Националната здравна служба

3.1. От 1 април 2010 г. Националният лекарски съвет (General Medical Council (GMC)) поема функциите на Комисията за следдипломно медицинско образование и обучение (Postgraduate Medical Education and Training Board (РМЕТВ)). От своя страна РМЕТВ започва да функционира от 30 септември 2005 г. като независим от правителството орган, отговорен пред Парламента на Обединеното кралство, поемайки отговорностите на органа за специализирано обучение на кралските медицински колежи.

До обединението се стига след критики от някои кралски медицински колежи, че Комисията за следдипломно медицинско образование и обучение добавя бюрокрация, създава лоша комуникация между заинтересованите страни и не гарантира стабилност чрез своята наредба за следдипломно обучение по медицина.

Във връзка с тези критики независима комисия, председателствана от професор Джон Туук (по-късно председател на британската Академия на медицинските науки) изготвя доклад за състоянието на следдипломното обучение. През февруари 2008 г. докладът е връчен на държавния секретар по здравеопазването, като основните препоръки в него, които са приети, се отнасят до обединение на регулаторните функции в една организация и промяна в структурата на системата за Модернизиране на медицинските кариери (*Modernising Medical Careers* (MMC)).

3.2. Здравно образование на Англия (*Health Education England* (HEE)) е изпълнителен неведомствен публичен орган * на Министерство на здравеопазването, който е един от най-новите, създаден през юни 2012 г. във връзка с реформите в Националната здравна служба. Целта е да осигури национално ръководство и координация за образование и обучение на работната сила в здравната система на Англия, като гарантира, че:

- работната сила притежава необходимите умения, поведение и квалификация, и има достатъчно назначения, за да се отговори на потребностите от здравни грижи и подобрения в здравеопазването;
- подкрепя доставчиците на здравни услуги и клиницистите да поемат по-голяма отговорност за планиране и въвеждане в практиката на програми за образование и обучение чрез Местните комисии за образование и обучение (LETBs), които по закон са комисии на националния орган;
- компетентността и професионалните умения на работната сила в здравеопазването се развиват в съответствие с променящите се демографски и технологични условия. [8]

3.3. От 1 април 2014 г. е въведена нова система за финансиране на медицинското образование и обучение в Англия, която се прилага за следдипломното обучение на специализантите. Тарифната система е създадена, за да осигури по-прозрачен механизъм за финансиране на разходите за заплати, надбавките за отпуск за обучение, за проучвания и други разходи, свързани с обучението.

Местните комисии за образование и обучение (LETBs) предоставят еднократно плащане към местните образователни доставчици (LEPs) за покриване на преките разходи за предоставяне на образование и обучение за всеки специализант в продължение на една година. Местен образователен доставчик е болница или практика, доставящи следдипломно медицинско обучение, т.е. работодател на специализанта.

Тарифата има два компонента:

- първият компонент е частично финансиране на разходите за заплати – за 2014-2015 г. чрез Местните комисии за образование и обучение се финансират 50% от основните разходи за заплати, включително осигуровките, а останалата част се финансира съгласно Закона за заетостта;
- вторият компонент е таксата за осигуряване на процеса на обучение, в зависимост от броя и потребности на специализантите – таксата за 2014-2015 г. е 12 400 паунда, която се умножава по фактора на пазарните сили. [9]

** (*Non-departmental public body* (NDPB)) или квази-автономни неправителствени организации.

Факторът на пазарните сили (*The Market Forces Factor* (MFF)) е оценка на неизбежната разлика в цената между доставчиците на здравни услуги, на базата на тяхното географско местоположение. Факторът се използва за регулиране разпределението на ресурсите в Националната здравна служба пропорционално на тези различия в разходите, така че пациентите да не са нито облагодетелствани, нито в неизгодно положение от относителното ниво на неизбежните разходи в различните части на страната. [10]

3.4. Най-засегнати от реформата са обучаващите се лекари, защото лекарите специалисти, които вече работят в събота и неделя се нуждаят от подкрепа от страна на младшите лекари и през тези дни. Това налага въвеждането на един единствен договор с променени условия и включване за по-продължително време на младшите лекари в медицинската дейност на лечебните заведения. Преди това стажантите са имали по няколко договора, което им е позволявало сами да организират и планират работата и свободното време за самостоятелна теоретична подготовка и проучвания.

Това е причината през февруари 2016 г. да бъде обявена подготовка за 24-часова стачка в знак на протест срещу новите условия за работа на младшите лекари. Решението е взето след като не е постигнато споразумение на проведените разговори между Британската медицинска асоциация, работодателите от Националната служба по здравеопазване и Министерството на здравеопазването. Подготвяните промени се отнасят до включването на младшите лекари в предоставянето на медицинска помощ и работа на пълно работно време, включително и в събота. [11]

Периодите на стачна готовност продължават до средата на месец май 2016 г. когато след повече от една седмица интензивни и конструктивни разговори Британската медицинска асоциация постигна споразумение с правителството за нов договор за младшите лекари.

Основните подобрения в това споразумение са:

- признаване участието на младшите лекари в работата през всеки един ден от седмицата;
- съобразяването на клаузите в договора с индивидуалната преценка за времето и отговорностите, включително възможности за ускорено обучение;
- подходящо възнаграждение и гъвкаво работно време, отнасящи се до специализиращите в някои специалности, като спешна медицина и психиатрия, към които няма подобаващ интерес.

4. Работа на български лекари във Великобритания

Ако до 01.01.2014 г. инициативността беше от страна на търсещите работа лекари, то след отпадането на общата забрана от тази дата българи и румънци да работят в страната, интересът на работодателите във Великобритания се засили и те започнаха активна политика по наемане на работа на повече български лекари. Търсенето е за три категории длъжности за лекари:

- позицията лекар на тръста (*Trust Doctor*). Това са лекари, наемани от обединенията на болниците (тръстовете), които нямат статут на стажанти (те са извън договорените млади лекари за работа в Националната здравна служба (НЗС) (*National Health Service* (NHS)). Тези лекари извършват определени услуги и като не-стажанти не се контролират от кралските колежи или департаментите за следдипломна медицинска квалификация. Лекар на тръста или лекар в първите две години след завършване на образованието си, който е записан в програма за следдипломна квалификация, може впоследствие да получи квалифицирана работа и да се запише в програма за специалност, но повечето лекари предпочитат кариерата на лекар ординатор, без да придобиват специалност. В проучване на Британската медицинска асоциация обаче се отбелязва, че лекари от чужбина по-лесно получават такава длъжност и приемат работата на *Trust Doctor*, независимо от факта, че притежават специалност. Това от своя страна поражда опасения за експлоатация на лекарския труд на чужденците. [12]

- позицията лекар специалист (*Speciality doctor*). Лекарите, които работят в болница на това длъжностно равнище предоставят пряката грижа за пациентите. Тяхното израстване в кариерата до следващото професионално равнище на консултант се осъществява през няколко периода от по две години, като в края на двугодишния период лекарят трябва да докаже напредъка в квалификацията си и придобития опит по съответната специалност. [13]

- позицията лекар консултант (*Consultant doctor*). Консултантите поемат крайната отговорност за грижата за пациентите, насочени към тях, затова работата им е свързана с голяма лична отговорност. Освен това консултантите обикновено ръководят постоянен екип от лекари стажанти, лекари специализанти и лекари специалисти и заемат ключови позиции в управлението на болниците или в НЗС. [14]

Лекарите в обучение получават основна заплата плюс бонус, ако работят повече от 40 часа седмично и/или работят извън часовете от 7:00 до 19:00 от понеделник до петък. Младшият лекар стажант в болница получава през първата година начална заплата от £ 22,636, а през втората - до £ 28,076.

Лекарите в специализирано обучение получават основна начална заплата от £ 30,002. Ако по договор работят повече от 40 часа седмично и/или работят извън часовете от 7:00 до 19:00 от понеделник до петък, получават допълнителен бонус, който обикновено е между 20% и 50% от основната заплата. Този бонус се основава на допълнителните часове над 40 часа нормална работна седмица.

Лекарите специалисти получават основна заплата от £ 37,176 до £ 69,325.

Основната заплата на консултантите е от £ 75,249 до £ 101,451 на година, в зависимост от обема на консултантската услуга. Има допълнително заплащане ако консултантът е поел допълнителни отговорности, например в областта на управлението или образованието.

Консултантите, както и всички лекари, могат да работят и в частния сектор. [15]

Реформирането на британското здравеопазване се отнася, но не само, до променената схема за осигуряване на достъп до специалисти - 24 часа, 7 дни в седмицата, т.е. и по време на нощните дежурства и дежурствата в почивни и празнични дни. За да се изпълнява това нововъведение на системата са необходими много по-голям брой лекари специалисти, защото директивата за работното време ограничава работната седмица до 40 часа. Възприетото решение е лекарите да работят на повече от един договор – дългосрочни договори за работа в допустимите от директивата часове и краткосрочни договори за работа извън установеното работно време или така наречените „договори по заместване“.

Тази нова организация на работното време предоставя възможност не само на британски, но и чуждестранни лекари, да получават допълнителен доход от работа по заместване. От обстоятелството, че може да се работи във Великобритания само през уикенда и в празничните дни, се възползват и български лекари, поддържащи активен професионален статус в Националния лекарски съвет срещу такса от 420 паунда.

Краткосрочните договори са по-добре платени и затова интересът към тях е голям. Всеки лекар, който има регистрация на национален сайт за работа по заместване може да получи покана, а работодателите в повечето случаи заплащат и самолетните билети за чуждестранните лекари. Така много български лекари ползват няколко почивни дни в работния си график в наше лечебно заведение, за да работят временно зад граница. Разбира се има предложения и за по-дълъг период, примерно за шест месеца, което също позволява да не се прекратява трудовия договор, а да се ползва отпуск за това време. Мотивацията на лекарите е ясна – възнаграждението, което получават във Великобритания не може да се сравни с получаваното у нас.

5. Заключение

Нашата правна система ограничава възможностите на лекарите специализанти да извършват медицинска дейност по време на специализацията, защото здравната каса не признава медицинската дейност на специализантите като дейност, извършена от компетентен лекар. Така в условията на недостиг на медицински кадри здравеопазването ни се лишава от извършваната медицинска дейност от специализантите до завършване на специализацията и получаването на диплома, независимо от това, че тази дейност е усвоена в периода на специализацията и клиничният ръководител е преценил, че могат да я извършват самостоятелно. Тази регулация е неефективна и затова от британския опит може да се възприеме процесът на сертифициране – за всяка медицинска дейност, която младшият лекар (специализантът) усвоява, той да получава сертификат и да може законосъобразно да я извършва. Освен това увеличението на заплата да се обвързва с броя на получените сертификати.

Все още здравеопазването ни не е в състояние да решава проблемите с недостига на кадри по примера на Великобритания, използвайки положителните страни от мобилността на лекарите, защото не можем да предложим конкурентно заплащане и условия на работа. Но могат да се направят реформи, насочени към мотивиране на лекарите да специализират и работят в страната в интерес на българските граждани.

Литература:

1. British Medical Association (BMA), <http://www.bma.org.uk/about-the-bma>
2. General Medical Council (GMC), <http://www.gmc-uk.org/>
3. The Foundation Programme, <http://www.foundationprogramme.nhs.uk>
4. British Medical Association, https://en.wikipedia.org/wiki/British_Medical_Association

5. Medical Act 1983, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/54/part/1/crossheading/the-general-medical-council>
6. Medical Practitioners Tribunal Service, <http://www.mpts-uk.org/home.asp>
7. The UK Foundation Programme: Reference Guide, http://www.foundationprogramme.nhs.uk/download.asp?file=Reference_Guide_WEB.PDF
8. *Health Education England* (HEE), <https://www.hee.nhs.uk/about-us>
9. Postgraduate medical education and training - a new tariff system, <http://www.bma.org.uk/developing-your-career/specialty-training/education-and-training-tariff>
10. A guide to the Market Forces Factor, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300859/A_guide_to_the_Market_Forces_Factor.pdf
11. Младшите лекари във Великобритания организират втората си 24-часова стачка, <http://medicalnews.bg/2016/02/10/>
12. Trust Doctor, https://en.wikipedia.org/wiki/Trust_Doctor
13. Specialty Doctor, https://en.wikipedia.org/wiki/Specialty_Doctors
14. Consultant (medicine), [https://en.wikipedia.org/wiki/Consultant_\(medicine\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Consultant_(medicine))
15. Health careers, <https://www.healthcareers.nhs.uk/about/careers-medicine/pay-doctors>

ПРАВНОТО РЕГЛАМЕНТИРАНЕ НА КОНТРОЛА ВЪРХУ ПРЕДОСТАВЯНИТЕ МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ¹²

¹² За цитиране: Кондева, Сн., „Правното регламентиране на контрола върху предоставяните медицински услуги”, доклад в XIII Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 15” - Стопански факултет на ТУ- София, гр. Созопол, 2015 г.

LEGAL REGULATION OF CONTROL OVER THE MEDICAL SERVICES

Snezhana Kondeva

Chairman of the Board of Directors of Second Multiprofile Hospital for Active Treatment - Sofia EAD, part-time lecturer in the Faculty of Economics of Sofia University "St. Kliment Ohridski", Bulgaria, snkondeva@abv.bg

Abstract. *The initial conceptions for reform in the health care sector are typically associated with the imposing of restrictions with regard to the costs of the medical services providers and the funds for financing their activity. There is a legally regulated control mechanism in place, which becomes even more complicated after each new statement of intention for conducting healthcare reform. The control process objectives, however, are not likely to be achieved, and the results may prove to be negative, unless a reform in the structure of a national healthcare system takes place and appropriate conditions are created for the development of human potential.*

Key words: *control, healthcare audit and monitoring, legal regulation of control*

1. Въведение

Първоначалните виждания за провеждане на реформа в здравеопазването обикновено се свързват с налагането на ограничения по отношение на разходите на доставчиците на медицински услуги и на средствата за финансиране на тяхната дейност. Правно регламентиран е контролен механизъм, който се усложнява след всяко ново деклариране на намерение за провеждане на здравна реформа. Целите на контролния процес обаче няма да бъдат постигнати, а резултатите могат да се окажат с обратен знак, ако не се проведе реформа в структурата на националната система на здравеопазване и не се създадат подходящи условия за развитие на човешкия потенциал.

В доклада са дефинирани понятията „контрол“, „одит“ и „мониторинг“ и тяхната употреба в управлението на здравеопазването; определени са видовете и формите на контрол; направен е обзор на правната регламентация на контрола и са посочени основните проблеми в дейността на специализирания държавен орган за контрол в здравеопазването.

За целите на настоящия доклад терминът „контрол“ се употребява за всички прилагани съвременни контролни процедури, включващи инспекцията, одита и мониторинга. Не е обхванат контролът в областта на общественото здраве – епидемиологичен контрол, контрол върху заболяемостта, контрол върху безопасността на храните, изпитването на лекарства и др.

2. Понятията „контрол“, „одит“ и „мониторинг“ в управлението на здравеопазването

Съществено за системата на здравеопазване е значението на термина **контрол** (англ. control), отнасящо се до насочване поведението на лицата с цел функциониране на системи и извършване на дейности по определен начин. [1] Осъществяването на такъв контрол е свързано с:

- достъпността до здравеопазването (контролиран достъп за доставчиците на медицински услуги чрез въвеждане на разрешителен и регистрационен режим);
- допустимостта (контролиране на допустими по вид и обем дейности, които могат да бъдат финансирани със средства на здравното осигуряване);
- утвърждаването на правила за едновременност, последователност и проследимост на процесите и повтаряемост на дейностите (контрол по изпълнението чрез задължение за изпълнителите на медицинска дейност да въведат в управлението специални правилници, стандарти, алгоритми и др.) и със
- създаването на система за регулации (контрол върху властническите функции на доставчиците – дейности, които могат да бъдат осъществявани само под контрол на висшестоящ орган или ако произтичат директно от закона или стандарта, примерно дейностите по донорство и трансплантация).

Най-разпространено обаче е значението на термина **контрол** (фр. contrôle) като проверка или като надзор/инспекция. [2] Това определение предполага наличието на системи, процеси, документи, които да бъдат проверявани, както и дейност, върху която да се извършва надзор, но след като физическите и

юридическите лица са получили право да предоставят медицински услуги. Информацията, която се получава по време на проверката се съпоставя с изискванията и при отклонение се налага санкция.

За разлика от инспекцията, при която се проверява спазването на изискванията и стандартите за работа, при извършването на **одит** (вътрешен или външен) събраната информация се използва за измерване, оценка и анализ на осъществяваната дейност от администрацията и от доставчиците на медицински услуги. И също за разлика от инспекциите не се налагат реални и задължителни санкции.

Одитът завършва със съставянето на одитен доклад, който съдържа препоръки и консултиране, предназначени да оптимизират процесите и дейностите и да подобрят оценката на управлението в одитирания обект.

Одитът възниква и продължава да се отнася най-често до финансово-счетоводната дейност. До около 1844 г., когато във Франция е приет първият закон за уреждане на одита в предприятията, счетоводните отчети са се изслушвали публично. Затова и одит произлиза от латинското „audio” – слушам. При съвременните форми на одит обаче освен финансов одит се налагат одит на изпълнението, одит на съответствието и специфични одити, извършвани при условията и по реда на специален закон. В тях се включват проверки на всички дейности, влияещи на крайния резултат. [3] Легални дефиниции на видовете одит, които са приложими и за системата на здравеопазване, са въведени в Закона за сметната палата. [4]

Особена форма на контрол, която се отнася към специфичните одити, е професионалният одит. Той се извършва от медицински професионалисти и има за цел да провери и оцени съответствието на практиката с медицинските стандарти и да препоръча коригиращи мерки.

Мониторингът може да бъде компонент от системата за вътрешен контрол на административната структура и на лечебното заведение, който осигурява цялостен преглед на дейността с цел ръководството да получи увереност, че контролните дейности са възприети от служителите, функционират в обем, който не ограничава необходимата лична инициатива и остават ефективни във времето.

По-често обаче мониторингът е самостоятелна форма за наблюдение, анализ и оценка на дадена система, действие, явление или събитие. Ефективното управление и прогнозирането на промените на националната система на здравеопазване, на отделни дейности, на заболяемостта и др. може да се основава на събирането и анализа на непрекъснат поток от информация за тяхното състояние, процеси и тенденции. Най-важният инструмент за проследяване, анализ и прогнозиране, както и фактор при вземането на информирани и най-ефективни решение е системата за наблюдение.

Мониторингът, провеждан от Европейската комисия, оценява националните системи с цел подобряване на качеството и гарантиране безопасността на пациентите при трансгранично здравно обслужване. Генералната дирекция "Здравеопазване и политика на потребителите" в Европейската комисия следи реформите в здравеопазването и наблюдава организацията и финансирането на болничния сектор, достъпът до качествено здравеопазване, лекарства, медицински консумативи, осигуряването на медицински услуги за групи в неравностойно положение, за страдащите от редки болести и за жителите в отдалечени райони. В Европейската комисия се изпращат също така и националните програми за развитие на здравеопазването ни, за да може да бъде оценен напредъка.

За периода 2014-2020 г. ще бъдат отделени значителни ресурси за здравеопазване в Съюза, а при включване страната ни трябва да гарантира пред Европейската комисия, че средствата от фондовете се изразходват ефективно и в съответствие с регламентите. Одитиращият орган по всяка оперативна програма е отговорен за предоставянето на стратегия за одита, на годишно одиторско становище и на годишен доклад за контрола, като Комисията може да прави одити на място или да изисква да бъде извършен одит на определена програма или проект.

3. Видове и форми на контрол

Основните видове и форми на контрол в здравеопазването са:

- вътрешен (управленски) и външен (институционален, правно регламентиран)

Процедурите за вътрешен контрол се разработват в съответствие със законите и стандартите и са разписани във вътрешната нормативна уредба. В почти всички лечебни заведения няма специална структура за вътрешен одит, но контролната дейност се осъществява чрез разпределяне на отговорностите между ръководството, началниците на структурни звена и служителите, а резултатите се докладват на органа на управление. Самостоятелно звено за осъществяване на административен контрол – инспекторат

- е създадено на пряко подчинение на министъра на здравеопазването, като инспекторатът осъществява административен контрол върху дейността на второстепенните разпоредители с бюджет и върху дейността на лечебните заведения, търговски дружества с над 50 на сто държавно участие в капитала.

Външен за администрацията в здравеопазването е одитът на Сметната палата, на одитиращите органи по оперативни програми и на Европейската комисия по отношение на реформите в сектора и напредъка на страната ни при изпълнение на Националната здравна стратегия за съответния период.

Външен за лечебните заведения е одитът, осъществяван от: Агенцията за държавна финансова инспекция; Националната агенция по приходите; Главната инспекция по труда; Националната/регионалната здравноосигурителна каса, Изпълнителната агенция „Медицински одит“, Регионалният център по здравеопазване и собствениците на капитала. За държавните и общински лечебни заведения контролът се осъществява чрез инспектората на министерството и/или общината. Контролните процедури са уредени в съответните специални закони.

- финансов, медицински и обществен

За *финансовия контрол* са съществени процедурите за разрешаване, одобряване и оторизиране, които ръководителите са въвели. Те трябва да гарантират, че решенията, в резултат на които настъпват определени последици за администрацията и лечебното заведение се вземат от оправомощените лица, а валидирането на процеси, действия, предложения и/или последиците от тях се извършва само от оторизирани лица.

Друго изискване за ефективен финансов контрол е разпределяне на отговорностите между служителите по начин, който не позволява един служител едновременно да има отговорност по одобряване (разрешаване), изпълнение, осчетоводяване и контрол. Системата на двойния подпис дава сигурност по отношение на това, че поемането на задължение/нареждането на плащане са извършени от оторизирани лица и е спазена финансовата и бюджетната дисциплина. [5]

Медицинският контрол се отнася до проследяване на лечебния план и до професионална преценка дали осъщественият резултат отговаря на планирания. Този контрол се извършва от лица с познания в съответната медицинска специалност. При констатиране на несъответствие, т.е. не са изпълнени минимално изискваните диагностични и терапевтични процедури по медицински стандарт или алгоритъм на клиничната пътека могат да бъдат налагани дисциплинарни, административни и имуществени санкции от оторизираните контролни органи или от ръководството.

Вина по отношение действие или бездействие на изпълнител на здравна услуга се доказва в наказателното и гражданското производство, като медицинската експертиза в повечето случаи е решаващото доказателство за изхода на делото. [6]

Общественият контрол се осъществява чрез системата на предложения и сигнали по реда на глава осма на Административно-процесуалния кодекс и чрез действията на омбудсмана в качеството му на обществен посредник.

В здравеопазването общественият контрол се засилва чрез дейността на пациентските организации и чрез обществената квота в Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса, фондовете за лечение на деца, за лечение в чужбина, и др.

- документален и материален (фактически)

Документален е контролът върху документите (счетоводни и медицински) и записванията в тях. Този вид контрол установява изпълнението на задължението да се управляват документите и да се извършват записи в тях - на хартия или в електронен вид.

Материален е контролът върху фактическото състояние. Този вид контрол трябва да установи разликите между наличните количества и отразените в счетоводните документи.

В лечебните заведения се провежда фактически контрол и по отношение на пациентите. Финансиращият орган извършва внезапни проверки за установяване на разлики между пациентите, които се намират на територията на болницата и тези, които са включени в ежедневните отчети за хоспитализация.

- предварителен, на изпълнението и последващ

Предварителният контрол установява наличието на необходимите ресурси, включително и кадрови, и вземането на решения. Има изразен превантивен характер – да се прекрати действие или бездействие, което ще се отрази негативно върху лечебния процес чрез провеждане на визитации, колегиуми, и др., а по

отношение на финансовата дейност се прекратява извършването на незаконосъобразно и/или нецелесъобразно действие.

Контролът на изпълнението се развива и проявява успоредно с оперативната дейност. Тази форма на контрол също има превантивен характер по отношение на действия и бездействия, които могат да бъдат стопирани и коригирани.

Последващият контрол се отнася до валидирането на процесите и дейностите (финансови и медицински) и до проследяване удовлетвореността на пациентите.

- контрол на организационната структура и дейност

Още с разрешението и регистрацията на доставчиците на медицински услуги се установява контрол върху дейностите, които могат да се извършват, както и върху структурните звена, които задължително се създават. В медицинските стандарти и клиничните пътеки са въведени изисквания за наличие на възможности за извършване на диагностични и терапевтични процедури (лабораторни, рентгенови, и др.), без които не може да се гарантира качеството на предоставяните медицински услуги.

- контрол на медицинската документация

Този контрол се осъществява върху медицинските документи, които удостоверяват медицинската експертиза и могат да оказват натиск върху други институции и дейности (примерно броят на решенията на ТЕЛК увеличават финансовата тежест за инвалидни пенсии, или броят на болничните листове, освен изплащане на повече обезщетения по краткосрочното осигуряване, лишават работодателите от работна сила, и др.)

- контрол на професионалната квалификация

Контролът върху професионалната квалификация се осъществява въз основа на директивата, която е транспонирана в българското право в самостоятелен закон за професионалната квалификация. Медицинските професии са регулирани и като такива могат да се упражняват само при наличие на определена образователна степен и квалификация.

4. Нормативни актове, уреждащи контрола в здравния сектор

Контролът на ниво изпълнителна власт е регламентиран със Закона за здравето, Закона за лечебните заведения, Закона за сметната палата, Устройствения правилник на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ и Наредба № 14 от 20.04.2010 г. за условията и реда за извършване на проверки на лечебните заведения от Изпълнителна агенция „Медицински одит“.

Министърът на здравеопазването ръководи националната система на здравеопазване и осъществява контрол върху дейностите, които са изключителен приоритет на държавата при провеждане на здравната политика, а именно: по опазване здравето на гражданите и държавния здравен контрол; осъществяването на спешна медицинска помощ, трансфузионната хематология, стационарната психиатрична помощ, медико-социалните грижи за деца до тригодишна възраст, трансплантацията и здравната информация; осигуряването и устойчивото развитие на здравните дейности в лечебните и здравните заведения и медицинската експертиза.

Регионалните здравни инспекции /РЗИ/ са териториалните административни структури в здравеопазването и осъществяват на територията на съответната област дейности по държавен здравен контрол; контрол върху регистрацията и здравната дейност, осъществявана от лечебните и здравните заведения; проверка относно спазването на изискванията по регистрационния и разрешителния режим на лечебните заведения и хосписите; контрол на медицинската експертиза. [7]

Съгласно Закона за лечебните заведения разрешение за осъществяване на дейност за стационарните лечебни заведения се издава от министъра на здравеопазването, а регистрацията на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ, на хосписите и на частните медицински практики се извършва в съответната РЗИ. [8]

За осъществяване на контрол върху медицинското обслужване на гражданите със Закона за здравето е създадена Изпълнителна агенция "Медицински одит" /ИАМО/ - административна структура на изпълнителната власт, второстепенен разпоредител с бюджет към министъра на здравеопазването, а изпълнителният директор е орган на изпълнителната власт. Този статут определя агенцията като държавен орган, провеждащ политиката в областта на оценката на качеството на медицински и дентални услуги чрез осъществявания от специализираната администрация контрол върху:

- медицинското обслужване в лечебните заведения,
- здравните дейности и услуги, осигурявани от НЗОК и застрахователните дружества,
- спазване правата на пациентите. [9]

Условията и редът за извършване на проверки на лечебните заведения от Изпълнителна агенция „Медицински одит“ се определят в наредба, издадена от министъра на здравеопазването.

Контролът на ниво здравно осигуряване се урежда със Закона за здравното осигуряване и подзаконовата нормативна уредба към него, и в Националния рамков договор /НРД/ за съответната година.

Законът определя обхвата на медицинската помощ при задължителното здравно осигуряване, като изброените в него дейности са определени като основен пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на българските граждани се предоставят медицински услуги, които са свързани с медицинска помощ при спешни състояния; профилактични прегледи и изследвания и акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени; стационарна психиатрична помощ; осигуряване на кръв и кръвни продукти; трансплантация на органи, тъкани и клетки; задължително лечение и/или задължителна изолация; експертизи за вид и степен на увреждане и трайна неработоспособност; асистирана репродукция. Всеки български гражданин ползва ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини и други биопродукти, свързани с профилактиката на заразните болести, както и техническите средства за прилагането им; пълен обем от протиепидемични дейности; достъп до здравни дейности, включени в национални, регионални и общински здравни програми. Децата до 16-годишна възраст имат право на медицинска помощ извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

Тези дейности се финансират от държавния бюджет и от общинските бюджети и се ползват при условия и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването. Със средства от собствени приходи общините могат да подпомагат дейности по профилактика и лечение на социално слаби, безработни и други лица, които имат регистрация за постоянен адрес в съответната община. [10]

Управителят на НЗОК упражнява цялостен контрол върху дейността по задължителното здравно осигуряване. Непосредственият и предварителният контрол по изпълнение на договорите с НЗОК за оказване на медицинска и/или дентална помощ се осъществява чрез проверки, извършвани от длъжностни лица от РЗОК - финансови инспектори, лекари - контрольори, и лекари по дентална медицина - контрольори, въз основа на заповед на директора на РЗОК. За изпълнение на контролните си правомощия управителят на НЗОК може със заповед да разпорежи извършване на проверка от РЗОК с участието на служители на НЗОК. Контролът по изпълнение на договорите се отнася и за отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК.

Условията и редът за осъществяване на контрола се определят с инструкция, издадена от управителя на НЗОК.

Изпълнителната агенция "Медицински одит" има правомощия и по Закона за здравното осигуряване – да следи за предоставянето на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на здравната каса и за предоставянето от застрахователите на здравните услуги съгласно застрахователния договор.

Агенцията изготвя годишен доклад до министъра на здравеопазването за състоянието и цялостната дейност по здравното осигуряване.

За изпълнение на правомощията си по този закон Изпълнителна агенция "Медицински одит" има право да изисква и проверява договори между районни здравноосигурителни каси и изпълнители на медицинска помощ; застрахователи и изпълнители на медицинска помощ.

Националната здравноосигурителна каса и застрахователите са длъжни да представят в Изпълнителна агенция "Медицински одит" шестмесечна справка, която съдържа данни за броя на обслужените лица, вида и обема на предоставените услуги по договори с РЗОК и застрахователите. Застрахователите предоставят списък на изпълнителите на медицинска помощ, с които имат сключени договори, както и информация, необходима за здравната статистика и наблюдение на здравния статус на населението. Националната здравноосигурителна каса, районните здравноосигурителни каси и застрахователите са длъжни да оказват съдействие и да предоставят на служителите на Изпълнителна агенция "Медицински одит" исканите от тях документи, сведения, справки и други носители на информация. Служителите на Изпълнителна

агенция "Медицински одит" от друга страна са длъжни да пазят в тайна информацията, станала им известна при упражняване на правомощията им. Разкриването на такава информация може да стане само със съгласието на лицата, които са я предоставили, както и в случаите, изрично предвидени със закон.

5. Подобряване на контрола върху предоставяните медицински услуги

Проблемите, свързани с осъществяването на дейността на специализирания държавен орган за контрол в здравеопазването – Изпълнителната агенция „Медицински одит“ могат да бъдат систематизирани по следния начин:

- няма ясно разграничаване между компетентността на специализирания административен орган за контрол и правомощията на другите органи и институции, на които също са възложени контролни функции върху предоставяните медицински услуги;
- недостатъчна е ресурсната осигуреност на одитната дейност;
- не са създадени необходимите условия и възможности за обучение и професионална квалификация на одитните екипи;
- липсва обратна информация за предприетите коригиращи действия за отстраняване на констатираните при одита несъответствия.

Ограниченият финансов ресурс за здравеопазване и неудовлетвореността на пациентите от получаваните медицински услуги изискват прилагането на строг контрол върху разпределението на средствата за здравното осигуряване и за дейностите, извън основния пакет, финансирани от държавния бюджет. В стремежа да се осигури такъв контрол законодателят обаче е дублирал контролните функции на ИАМО, НЗОК и РЗИ, а това се оказва едни от съществените проблеми на системата за здравно осигуряване и качеството на предоставяните медицински услуги, защото отговорностите могат да се прехвърлят (и се прехвърлят) от една институция на друга. С цел да се постигне оптимизация за обществено обсъждане са предложени именно законодателни промени, уреждащи взаимодействието между институциите. Предвижда се да се създаде правна регламентация за извършване на съвместни проверки за спазване на правилата за добра медицинска практика, правилата за добра фармацевтична практика, правилата за добра практика, на утвърдените медицински стандарти, на Закона за здравното осигуряване и на НРД. Към одитните екипи се предвижда включване и на съсловните организации на лекарите, на лекарите по дентална медицина, на магистър – фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, по предварителен ежегоден план. При констатиране на нарушения ще се налагат санкции от органа, на когото със закон са възложени съответните контролни правомощия. Очаква се резултат от съвместните действия да бъде повишаване на качеството на процесите по осъществяване на контрол върху изпълнителите на медицинска помощ.

Освен тази законодателна промяна, отнасяща се до подобряване на контролните процедури, от стратегическо значение за компетентността на ИАМО е заложената в проекта на Национална здравна стратегия 2014 – 2020 Политика 4.1. Създаване на ефективна система за осигуряване и контрол на качеството на здравните дейности. За реализацията на политиката е предвидено изискване за създаване на специализирана агенция за осигуряване, управление и контрол на качеството към Министерство на здравеопазването или чрез трансформиране на ИАМО в Агенция по осигуряване и контрол на качеството и медицинския одит.

6. Заключение

Стремежът на административния орган и ръководството на всяка администрация и лечебно заведение да създадат и поддържат съвременни системи за вътрешен контрол предполага добро и ефективно управление.

Придаването обаче на прекалено голямо значение на надзора и инспекцията на централно ниво може да предизвика обратен ефект върху изпълнителите на медицински услуги и да се обезсмислят другите функции на управлението като организиране, анализ и отчетност, които гарантират устойчивост на националната система на здравеопазване.

Литература

1. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/control>.

2. ANDREYCHIN, L. i kolektiv, Balgarski talkoven rechnik, Izd. Nauka i izkustvo, Sofiya, 1973, str. 377.
3. DINEV, M. Metodologicheski problemi na nezavisimiya odit v Balgariya. Sbornik 70 godini nezavisim odit v Balgariya i 10 godini ot vazstanovyavaneto na oditorskata profesiya. Sofiya, Misal, 2001., s. 109 – 130, str.112.
4. Zakon za smetnata palata, obn., DV, br. 12 ot 13.02.2015 g., § 1 Dopalnitelna rasporedba.
5. Zakon za finansovo upravlenie i kontrol v publichniya sektor, obn., DV, br. 21 ot 10.03.2006 g., posledno izm., br. 15 ot 15.02.2013 g., v sila ot 01.01.2014 g.
6. RADOYNOVA, D., Lekarski greshki. Sadebnomeditsinska gledna tochka, Izd. kashta Steno, Varna, 2013, str.32.
7. Zakon za zdraveto, obn., DV, br. 70 ot 10.08.2004 g.; v sila ot 01.01.2005 g., posledno izm., DV, br. 9 ot 03.02.2015 g., v sila ot 03.02.2015 g.
8. Zakon za lechebnite zavedeniya, obn., DV, br. 62 ot 09.07.1999 g., posledno dop., br. 47 ot 06.06.2014 g., v sila ot 03.06.2014 g.
9. Ustroystven prailnik na Izpalnitelna agentsiya „Meditinski odit”, priet s PMS № 67 ot 23.03.2015 g., obn., DV, br. 23 ot 27.03.2015 g., v sila ot 27.03.2015 g.
10. Zakon za zdravnoto osiguryavane, obn., DV, br. 70 ot 19.06.1998 g., posledno izm., br. 12 ot 13.02.2015 g.

СОЦИАЛНИЯТ АНГАЖИМЕНТ НА КАМАРАТА НА ЛЕКАРИТЕ В АВСТРИЯ ЗА ГАРАНТИРАНЕ БЕЗОПАСНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ¹³

Снежана М. Кондева

Председател на Съвета на директорите на „Втора многопрофилна болница за активно лечение – София” ЕАД, хоноруван преподавател в Стопанския факултет на СУ „Св. Климент Охридски”

THE SOCIAL ENGAGEMENT OF THE AUSTRIAN MEDICAL CHAMBER TO THE PATIENT SAFETY

Snezhana Kondeva

Abstract: *Actions concerning patient safety and risk management are one of the key priorities of the European Community during the recent years and the organizations and associations of the physicians are an active stakeholder in the process of provisioning high quality medical services within the national health systems. Unfortunately, the fact that patients can contribute to this process is still not understood and pursued. Austria is one of the countries that have significant progress in this line and has developed projects and programmes, aiming patients to be integrated in the issues related to hospital safety.*
Keywords: *Austrian Medical Chamber, ongoing medical education, ongoing professional development, Austrian Platform for Patient Safety*

1. Въведение

Дейностите по осигуряване безопасност на пациентите и управлението на риска имат голямо значение за Европейския съюз през последните години, а съсловните организации на лекарите са активна страна в процеса на предоставяне на качествена медицинска помощ и постигането на устойчивост на националните здравни системи.

Подходът е спазване на отговорността на държавите-членки за организирането, финансирането и предоставянето на медицинска помощ, а целта - да се постигне съгласуваност при прилагане на правилата относно осигуряване на равен достъп и гарантиране на сигурни, висококачествени и ефективни трансгранични здравни услуги на всички граждани на Европейския съюз, независимо от тяхното местоживееие или ниво на доходи.

За съжаление бавно се възприема фактът, че пациентите също могат да имат положителен принос в този процес. Австрия е от страните, в които има напредък и разработени проекти и програми, целящи пациентите да бъдат интегрирани в проблема със сигурността в болниците, а лекарската камара, освен отговорността да гарантира спазването на правата на лекарите, изпълнението на професионалните им задължения и запазване на тяхната репутация, изпълнява своята отговорност към цялото общество за осигуряване на модерно здравеопазване и безопасност на пациентите чрез поддържането на високо професионално ниво на практикуващите лекари и постоянно управление на качеството.

В доклада е направен обзор на правомощията, които има съсловната организация на лекарите в системата на медицинско образование, в осигуряването на медицинско качество и безопасност на пациентите, както и ангажираността на Австрийската медицинска камара при провеждане на здравната политика.

Целта е да се представят усилията на Австрия за постигане на устойчивост и ефективност на тяхната система на здравеопазване и евентуалното заимстване на традиционно добри практики и иновации в управлението при реформиране на българската система на здравеопазване.

2. Статут и правомощия на съсловната организация на лекарите в австрия

Федералното Министерство на здравеопазването е органът, който има законодателна инициатива в областта на общественото здраве и здравната политика, а също така регулираща и контролираща функция по отношение на дейностите, осъществявани от различните участници в австрийската здравна система.

¹³ За цитиране: Кондева, Сн., „Социалният ангажмент на камарата на лекарите в Австрия за гарантиране безопасността на пациентите”, доклад в Дванадесетата международна научна конференция на МВБУ „Иновативни стратегии за конкурентоспособен бизнес”, гр. София, 2015 г.

Грижата за пациентите се разделя между федералните и регионалните институции, като правителството определя основните законови разпоредби, а местните власти и институции отговарят за прилагането на вече приетите закони на местно ниво. Законовата рамка относно дейността на болничните лекари, лекарите на свободна практика, общопрактикуващите лекари и специализиращите лекари, както и тяхната правоспособност, също се определя от федералното министерство, но практическата реализация и отговорността за саморегулация е в правомощията на съсловната организация.

Австрийската медицинска камара (Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) е федералната структура на съсловната лекарска организация. В състава ѝ са включени девет провинциални лекарски камари, а членството в тях е задължително. Членовете на камарата са 38 292 активно практикуващи лекари, от тях лекарите специалисти са 18 864, а общопрактикуващите лекари - 12 721. Работещите в болница специалисти са 8 914, а броят на младшите лекари (лекарите в обучение/стажант лекарите) - 6706. [1]

Дейността на камарата е насочена в защита на професионалните, социалните и икономическите интереси на всички лекари, работещи в Австрия. Отговорността ѝ е да гарантира спазването на правата на лекарите, изпълнението на професионалните им задължения и запазване на тяхната репутация. Едновременно с това лекарската камара изпълнява своята отговорност към цялото общество за осигуряване на модерно здравеопазване и безопасност на пациентите чрез поддържането на високо професионално ниво на практикуващите лекари и постоянно управление на качеството.

Основните правомощия на лекарската камара са:

- водене на публичен регистър на практикуващите лекари в Австрийската здравна служба – вписване и заличаване от регистъра при получаване или при загуба на права за упражняване на лекарска професия, както и регистър на стажант лекарите;
- специализирано обучение и изпити за получаване на професионална квалификация от лекари специалисти и общопрактикуващи лекари;
- организиране и провеждане на продължаващото медицинско образование и издаване на дипломи и сертификати;
- разработването на политики и програми, свързани с функционирането на австрийската здравна система;
- провеждане на инициативи за подобряване на безопасността на пациентите;
- осигуряване качеството на медицинската дейност и безопасността на пациентите;
- представяне на становища относно федералните и областни закони, отнасящи се до здравеопазването, преди началото на тяхното гласуване - закони от основно значение за лекарите се дискутират с лекарската камара, която изработва собствени предложения;
- партньорство с институциите на социалното осигуряване относно задължението на лекарите да лекуват с електронна карта - осигуряване на свободен достъп на пациента до медицински услуги чрез прилагане на натуралната облага и директното заплащане на лекаря със законовата здравна осигуровка;
- договаряне на съдържанието на договорите за здравното осигуряване – определяне на медицинските дейности, които се заплащат, административни планове за местоположението на действие на сключилия договор с касата лекар, избор на лекари за сключване на договори с касата;
- сключване на колективни договори и договаряне на възнагражденията и добавките на лекарите в болничната помощ и даване на указания за частните хонорари;
- приемане на насоки относно таксите, които се заплащат от пациентите за болнично лечение, за рецепта, и др.;
- законодателна дейност в областта на управлението на образователни практики, медицинска документация и зачитане на репутацията на медицинската професия;
- налагане на рекламна политика;
- издаване на медицински кодекс за поведение, насоки и препоръки за действия при сътрудничеството на лекарите с фармацевтичната промишленост;
- развитие на терапевтични и превантивни препоръки за здравни грижи.

Тези правомощия се осъществяват освен от структурите и от следните организации към Австрийската медицинска камара:

- Австрийска академия на лекарите (Österreichische Akademie der Ärzte GmbH);

- Австрийско дружество за управление на качеството и осигуряване на качество в медицината (Österreichische Gesellschaft für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Medizin (ÖQMed);
- Издателска къща на лекарите - Общество за медийни продукти и комуникация (Verlagshaus der Ärzte – Gesellschaft für Medienproduktion und Kommunikationsberatung GmbH).

3. Система на медицинско образование

Базово медицинско образование (под контрола на Федералното министерство за наука и изследвания). Достъпът до професията в Австрия е описан в лекарския закон - *Ärztegesetz (AerzteG)*. Базово медицинско образование се получава в университетите във Виена, Грац и Инсбрук и в частния университет в Залцбург, които са под контрола на Федералното министерство за наука и изследвания. Кандидатства се с изпит, а приемът е ограничен на 1700 студенти годишно.

Специализирано обучение (под контрола на Федералното министерство на здравеопазването). Завършилилите основно медицинско образование в австрийски медицински университет лекари нямат право на самостоятелна практика, затова могат да започнат работа само в болница. За чуждите граждани, които специализират в Австрия първата възможност е да практикуват медицина като самостоятелно наети лекари в рамките на специализираното си обучение. По време на това обучение е необходима регистрацията като стажант лекар в „Österreichische Ärztekammer“, а ако дипломата е издадена в страна извън Европейския съюз трябва да се получи „*Nostrifikation*“ (академично призната степен). Чуждите граждани могат след регистрацията да придобият правоспособност за практикуване на медицина като самонаето лице - лекар в Австрия (*Approbierter Arzt*) по време на специализираното обучение, но тази възможност е достъпна само при следните условия: лицето да притежава диплома по основна медицинска степен от Европейския съюз; дипломата да е включена в приложение А на Директива 93/16/ЕИО за признаване на професионална квалификация и другото кумулативно условие е тази диплома да дава право за самостоятелно практикуване на медицина в държавата-членка, която я е издала.

Системата за професионална специализация на лекарите е различна за лекарите, австрийски граждани, които продължават да специализират в Австрия – те получават удостоверение за професионална квалификация за базово медицинско образование (магистърска степен) след като проведат специализираното обучение и положат задължителния изпит за специалност. Австрийските органи обаче са длъжни да признаят диплома за основна медицинска степен, издадена в страна-членка на чужд гражданин, който желае да продължи специализираното си обучение в Австрия, [2] както и да издават дипломи на лекари, австрийски граждани, желаещи да специализират в друга страна-членка или да работят в сфера, където не е необходимо специализирано медицинско образование. [3]

Основните контролни функции по отношение на изпълнението на изискванията за специализация и регулиране на системата за специализирано обучение са възложени на Австрийската медицинска камара, към която е създаден специализиран орган – Комитет по образование. Комитетът има за задачи да:

- признава дипломите и периодите на обучение в чужбина;
- издава временни разрешения за самостоятелно практикуване на лекарска професия от чуждестранни лекари;
- признава болниците за образователни институции, в които могат да се обучават специализиращи лекари;
- признава индивидуални и групови практики, като центрове за обучение;
- проверява качеството на обучение на лекарите в признати образователни институции и центрове, и др.

Независимо от различния статус на лекарите, завършили австрийски медицински университет и завършилилите основна медицинска степен в страна-членка, лекарската камара е отговорна за специализирането на лекарите - органите на камарата имат компетентността да разработят учебното съдържание за всяка медицинска специалност и след това да прилагат учебната програма в процеса на специализираното обучение. Федералното министерство на здравеопазването одобрява учебната програма, а в края на своето обучение общопрактикуващите лекари и специалистите полагат задължителен изпит. [4]

Продължаващо професионално развитие (под контрола на Австрийската медицинска камара). Лекарската камара, съгласно Наредбата за медицинско образование (*Verordnung über ärztliche Fortbildung*),

има ангажимента да осигури акредитацията на доставчици и събития от календара на продължаващото образование, кредитирането и сертификацията на продължаващо медицинско образование (CME – Continuing Medical Education) и непрекъснато професионално развитие (CPD – Continuing Professional Development). Доставчиците са отговорни за организацията и провеждането на обучението, а лекарите от своя страна са длъжни да се включат в процеса на професионално развитие, чрез участие в утвърдени програми на регионалните лекарски камари или в международно признати програми за продължаващо образование.

Продължаващото медицинско образование (CME) включва медицински знания и умения, които са широко признати и приети от професията, като част от основните медицински науки, медицината и здравеопазването.

Непрекъснатото професионално развитие (CPD) има по-широк обхват и се отнася до всички образователни дейности, които помагат на лекаря да поддържа или да повиши своя професионализъм, като подобрява комуникацията си с пациентите, колегите и обществеността (социална компетентност, управленски умения, медицинско право, икономика на здравеопазването).

Задължение на лекарите е да осигурят на всички свои пациенти медицинска помощ и консултации, адекватни на тяхната непрекъсната развиваща се професионална компетентност, придобити знания и практически умения в съответната медицинска специалност.

Продължаващото професионално образование трябва да включва актуални знания за развитието на медицинската наука и практика, а съдържанието на програмите да са съобразени с всички разпоредби на Австрийската медицинска камара и по-специално с разпоредбите и насоките на сътрудничеството с фармацевтичната индустрия и производителите и търговците на медицинска апаратура и медицински консумативи.

Продължаващото обучение за лекари се организира под формата на:

- събития, включващи лекции, семинари, работни срещи, курсове, симпозиуми и конференции, които се характеризират с висока практическа насоченост, актуалност и бързи, ефективни възможности за изпълнение;
- работни групи, съставени от определен кръг лекари, които обсъждат специфични медицински проблеми, с цел да се подобряват грижите за пациентите чрез обмяна на опит и въвеждане на нови подходи в ежедневно работата;
- научна дейност – публикации в рецензирани медицински списания и, при определени условия, закупуването на книги и абонамент за медицински списания;
- надзор – специфична форма за консултиране на екипи и организации за подобряване работата с клиенти, пациенти и договарящи се страни в различните управленски нива, с цел да се осигурява лична, социална и/или професионална компетентност;
- стаж в клинична структура, по време на който се анализира и оценява участието на лекаря;
- е-обучение – все по-предпочитана форма на обучение, при която се прилагат критериите за качество, приложими за останалите форми на продължаващото професионално развитие.

Клиничните курсове на продължаващото медицинско обучение се провеждат само по сертифицирани дейности въз основа на дисциплини от учебния план на австрийските медицински университети.

Неклиничните форми на непрекъснатото професионално развитие може да не са изцяло ориентирани към пациента и да включват курсове за медицински английски, семинари по медицинско и данъчно право за собственици на практики, и др.

Принципът за поддържане на висока степен на доверие на пациентите и обществеността в настоящите знания и умения на лекарите при предоставяне на медицинска помощ и услуги се прилага, както чрез осигуряването на условия от страна на лекарската камара за провеждане на непрекъснатото професионално обучение и чрез изпълнение от страна на лекарите на законовото задължение да участват в процеса на обучение (ÄrzteG § 49), така също и чрез активното участие на пациентите в усилията на съсловието за саморегулация и непрекъснато подобряване качеството на здравните услуги. [5]

4. Осигуряване на медицинско качество и безопасност на пациентите

С цел да се гарантира непрекъснатото подобряване качеството на грижите за пациентите, федералното правителство през последните години приема различни закони, правила и подзаконови актове, които

съдържат изключително или частично специфични изисквания за качество – изисквания към документацията, качеството на лекарствата и медицинските изделия, на обучението и медицинската практика, зачитане правата на пациентите, и др.

Хронологично първият специален нормативен акт е издаденият през 2005 г. Федерален закон за качеството в системата на здравеопазването (Health Act Quality – GQG). [6] Съгласно този закон федералният министър на здравеопазването трябва да осигури съответстваща координация между всички заинтересовани страни, участващи в системата за качество в цяла Австрия и е отговорен за осигуряване на национална координация на действията за качество и осигуряване на националната и международната сравнимост на здравните услуги.

Законът определя, че под система за качество се разбира федерална система за координация, насърчаване, подкрепа и наблюдение за целите на непрекъснато подобряване на качеството на здравните услуги, а самото качество - като степен на изпълнение на основните характеристики на предоставяните здравни услуги в условията на прозрачност, ефективност и ефикасност. Дейностите за постигане на медицинско качество трябва да бъдат насочени към оптимизиране на системите за качество на структурата, качество на процеса и качество на резултата. Ориентацията към пациента се възприема като стремеж за подобряване качеството на живот на гражданите, предоставянето правомощия на активна страна и поставянето на пациента в центъра, когато се предлагат решения и се предприемат действия във връзка с неговото здраве. Безопасността на пациентите трябва да се осигури чрез предприемане на мерки за избягване на неблагоприятни събития, които могат да навредят на пациентите.

През ноември 2008 г. по проект EUNetPaS* и по инициатива на Федералното министерство на здравеопазването е създадена Австрийската платформа за безопасност на пациентите (ANetPAS - Austrian Network for Patient Safety). [7] ANetPAS е независима национална мрежа, към която могат да се присъединят всички заинтересовани институции и експерти от австрийската здравна система. Освен създаването на мрежа от експерти платформата има за цел да повишава осведомеността по въпросите, свързани с безопасността на пациентите и осигуряване на качеството. Фокусът на мрежата е насочен към насърчаването на безопасността на пациентите чрез научни изследвания, координация на проекти, изграждане на мрежи и информация.

Целите на Австрийската платформа за безопасност на пациентите са следните:

- поддържане, развитие и координация на програми, проекти, методи и знания за разширяване на действията за подобряване на безопасността на пациентите и качеството в здравеопазването;
- подобряване на информираността и здравната култура на гражданите;
- изготвяне на доклади за състоянието и развитието в областта на безопасността на пациентите;
- разработване на методи за управление на риска в сектора на здравеопазването;
- насърчаване на научни проекти за подобряване на безопасността на пациентите;
- предоставяне на информация и обмен на опит в областта на дейности, проекти и събития в областта на безопасността на пациентите;
- формулиране и създаване на политики и решения в областта на безопасността на пациентите и здравето на гражданите;
- прилагане на допълнителни и усъвършенствани курсове за обучение в областта на безопасността на пациентите.

Основен елемент от платформата за безопасност е информираността на пациента не само по отношение на неговия здравословен проблем и комуникацията с болничния персонал, но и за това как може да допринесе за своята и на медицинския екип безопасност, и какво трябва да направи в тази връзка. За да се избегне риска пациентите са приканвани да задават допълнителни въпроси ако имат някакви съмнения (защото всеки въпрос заслужава да бъде зададен), да предоставят информация на медицинските специалисти или на болничното ръководство ако в следствие на употребяваните лекарства са се почувствали дискомфортно или са се появили странични реакции (принос към лекарствената безопасност), ако забележат пропуски в поддържането на болничната хигиена (недопускане на вътреболнични инфекции), както и ако се появи проблем след дехоспитализацията (защото рискът може да съществува и на разстояние).

* EUNetPaS е проект, който е получил финансиране от Европейския съюз в рамките на Програмата за обществено здраве.

За постигане целите на платформата има изработен наръчник на пациента, който служи като ръководство за безопасна хоспитализация и описва начините, по които засегнатите и техните роднини могат активно да се включат в процеса на лечение. Защото, се казва в платформата, информирани, заинтересовани и активни пациентите са важен градивен елемент за високо качество и безопасно лечение. Наръчникът за безопасна хоспитализация може да бъде намерен в уебсайта на платформата и е достъпен от мобилен телефон. Информационните центрове за безопасност на пациентите дават възможност да се води дневник с индивидуални записи относно болничния престой, да се определя рейтинга на лекарите, да се попълват въпросници и др. Чрез мобилното приложение пациентът, независимо от това къде се намира, може спешно да се информира за най-близкия офис за пациентско застъпничество, където ще получи информация относно неговите законни права, какъв специалист предоставя търсената услуга, какво е покритието на разходите (ако има самоучастие) и др.

Отношенията лекар – пациент и взаимното задължение за осигуряване на информация са съществена част от процеса за осигуряване на безопасност. Право на пациента е да получи подробна информация в личен разговор за изследването, манипулацията или лечението, което да му позволи даването на информирано съгласие, но едновременно с това трябва да предостави пълни анамnestични данни, за да може да се вземе правилното лекарско решение. Затова за пациентите, които не са немскоговорящи, има създаден пилотен проект за видеопревод при необходимост, защото комуникацията е в основата на целенасоченото лечение.

Брошурата на платформата за безопасност на пациентите: „Ако нещо се обърка. Общувайте след инцидент“ има за цел да мотивира лекарите да съобщят и говорят открито с пациента или неговите близки за допуснатата грешка или несъответствие и по този начин да се поправи грешката и да се постигне възможното подобрение в конкретната ситуация. Брошурата ясно обяснява и с практически примери какво медицинският специалист трябва да направи в случай на грешка, какво да каже на пациента и как те могат да се справят със самата грешка.

В изпълнение на препоръката на Съвета на ЕС относно безопасността на пациентите на общностно и национално равнище, от името на Федералното министерство на здравеопазването на Австрия е публикувана обща стратегия за безопасност на пациентите 2013–2016, [8] която е одобрена от Федералната комисия по здравеопазване. Членове на комисията с право на глас са федералните представители на социалното осигуряване, заинтересованите страни от провинциите, болниците, пациентите и Австрийската медицинска камара. Този документ е част от Стратегията за качество на австрийската система на здравеопазване, приета също от Федералната комисия по здравеопазване на 25 юни 2010 г. [9]

Съдействайки на международните усилия за стандартизиране на терминологията в здравеопазването в стратегията са дадени дефиниции на термини, свързани с безопасността на пациентите. „Грешката“ е определена като осъществен резултат, който не отговаря на планирания и който е в ущърб за конкретния пациент или е следствие от неправилно съставен индивидуален диагностичен и/или терапевтичен план. Терминът „управление на риска“ е дефиниран като систематичен подход, при който се осъществява мониторинг на рисковите ситуации с възможните последици, а констатираните в процеса на лечение грешки се оповестяват и анализират с цел да се избегне тяхното повторение.

От тази изходна позиция основната структура на стратегията следва модела „изграждане на капацитет“. Дейностите за изграждането на капацитет (InWEnt), * се осъществяват в областта на развитието на човешките ресурси чрез усъвършенствани програми за обучение и участие в международни мрежи, и имат за цел да укрепят капацитета на партньорите, за да могат да планират и прилагат стратегии за устойчиво развитие.

Заложеният в стратегията модел конкретизира необходимостта от интервенция и предприемане на мерки в областта на: организационното развитие, разработването на политиките, повишаването на обществената осведоменост, наблюдението и развитието на персонала, работещ в здравеопазването.

Изпълнението на мерките в тези области на интервенция се възлага на следните структури, координатори и заинтересовани страни: Федералното министерство на здравеопазването, други федерални министерства, федералните провинции, социалното осигуряване, доставчиците на здравни услуги,

** InWEnt - Capacity Building International (Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH) - немска институция, която осъществява международна дейност и сътрудничество в областта на развитието и изграждането на капацитет.

законовите представители на професионалните асоциации и сдружения, пациентските организации и групи, експертните организации (университети и институции, финансиращи научни изследвания в областта на безопасността на пациентите), и др.

5. Здравна политика

Камарата сътрудничи като равнопоставен партньор в областта на реформите в здравеопазването и се ангажира с конструктивна позиция, защото опазването и възстановяването на здравето са задължение и отговорност на съсловието. Целта е да се осигури устойчивост на австрийската здравна система чрез гарантиране на равен достъп до здравни услуги, отговарящи на високите медицински стандарти, както и практикуване на лекарската професия при зачитане на професионалната независимост и етичните принципи.

Камарата, като представител на лекарското съсловие и член на австрийската здравна система е ангажирана с инициативи за динамично адаптиране на здравеопазването към променящите се обществени условия. Приоритет са иновациите, вземането на решения, базирани на съвременните научни достижения в медицината и отговорност, адекватна на професионалните умения и непреходните етични и правни медицински ценности.

На фона на тези високи цели австрийската здравна система изпитва трудности, валидни в една или друга степен за всички държави-членки.

Един от основните проблеми и за Австрия е свързан с първичната медицинска помощ и липсата на лекари в провинциалните райони. В тази връзка се обсъждат широк кръг възможности за промяна на системата и стимулиране на лекарите – от разширяване обхвата на частната практика до отделянето на публичен ресурс за покриване на част от разходите на амбулаторията и заплатите на лекарите. Сега те могат да работят като "договорни лекари" и да осъществяват професионалните си права и задължения въз основа на сключен договор с фондовете за социално осигуряване или като "недоговорни лекари" (лекари на свободна практика), изпълняващи професионалните си задължения, без да са сключили договор със здравноосигурителния фонд на пациента. Лекарските организации и фондовете за социално здравно осигуряване провеждат периодично преговори помежду си, които целят определянето броя на договорните лекари, количеството и вида на здравните услуги и заплащането на лекарския труд.

Австрия също така не може да се справи с изискването за осигуряване на условия на труд на болничните лекари, отговарящи от една страна на потребностите на националната система и от друга – на международните правни норми. Касае се най-вече за работното време, а страната е застрашена с дело, ако не приведе законодателството си в съответствие с европейската директива за работното време. Болничните лекари продължават да работят по 72 или повече часа седмично, при максимална седмична продължителност на работното време от 48 часа. В тази връзка компетентното социално министерство ще предложи поправки в закона за болниците (Krankenanstaltengesetz). [10]

Неблагоприятните условия на труд излизат извън рамките на работното време и параметрите на работната среда, а конкретните проблемни сфери са посочени в концепцията на лекарската камара за бъдещето на австрийските болници и болничната медицинска професия до 2025 година - претоварване на амбулаторните отделения на болниците, недостиг на персонал поради миграция и пенсиониране, липса на перспективи за кариерно развитие, феминизация на медицината (вече около две трети от стажант-лекарите са жени), и др. Лекарската камара се стреми да предложи конструктивни решения, като дейността ѝ е насочена към:

- преразглеждане на условията за достъп до амбулаторните структури на болниците и осигуряването на свободен прием само за спешните случаи;
- регионално 24-часово предоставяне на медицинска помощ и наблюдение чрез създаване на координационни центрове и мобилни медицински екипи;
- намаляване и създаване на гъвкави модели на работно време, между които медицинският специалист да може да избира;
- предлагане на детски заведения с работно време, съвпадащо с работното време на медицинския персонал;
- създаване на нови възможности за професионално развитие чрез формирането на автономни медицински екипи, които могат да вземат самостоятелно решение и да управляват собствен бюджет. [11]

6. Заключение

Темата за ефективността и конкурентоспособността на националната система на здравеопазване е актуална в последните две десетилетия, а след влизането на страната ни в Европейския съюз и приемането на директивата за трансграничното здравно обслужване се превръща в приоритет за всяко ново правителство. Но до момента неудовлетворени са, както работещите в здравеопазването от пренебрегване на техния професионализъм и лошите условия на труд, така и пациентите от качеството на получаваната медицинска помощ. Затова необходимостта от реформи не се оспорва, но визията за бъдещото развитие на сектора е разнопосочна. Все по-често реформата се обвързва единствено с контрола, като се пропуска важната роля на съсловните организации за постигане на саморегулация и устойчивост на системата.

При тези условия, освен познаване на досегашната практика и формиране на изводи от стари грешки и успехи, е необходимо да се използва и внедрява чуждия опит. Австрия и австрийската здравна система са оказвали положително влияние върху развитието на медицината у нас още в края на 19-ти и началото на 20-ти век, а сега, когато двете страни са част от европейската здравна система, има много повече възможности за взаимодействие и използване на научно-техническите постижения в медицината и иновациите в управлението на здравеопазването.

Литература

1. <http://www.aerztekammer.at/aufgaben-der-oesterreichischen-aerztekammer>.
2. Европейски парламент, Комисия по петиции, 27.07.2007, Известие до членовете, Петиция 0301/2006, внесена от Apostolos Rematisios, с гръцко гражданство, относно отказа на заявлението му за включване в регистъра на лекарите на Австрийската здравна служба.
3. Европейски парламент, 2009–2014, *Комисия по петиции*, 17.12.2009. Съобщение за членовете на ЕП. Относно: Петиция 0230/2006, внесена от Michael Reichart, с австрийско гражданство, относно признаването на обучение по медицина, доказано с документи за квалификации от две или повече страни на ЕИП или ЕС.
4. Списание „MD Медицински дайджест“, бр. 8 от 01.12.2011 г., „Лекарите в Австрия“ – интервю с д-р Валтер Дорнер, президент на Австрийската лекарска камара.
5. Österreichische Ärztekammer, Fortbildung, <http://www.aerztekammer.at/fortbildung>.
6. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883&ShowPrintPreview=True>.
7. ANetPAS - Austrian Network for Patient Safety, <http://www.plattformpatientensicherheit.at/>.
8. Patientensicherheit Österreichweite Strategie 2013-2016, Wien, 22.03.2013, Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, http://www.bmg.gv.at/cms/site2/attachments/1/4/5/CH1331/CMS1366277814203/20130502_patientensicherheitsstrategie.pdf.
9. Quality Strategy for the Austrian Healthcare System, Wien, in May 2010, Commissioned by the Austrian Federal Health Commission (BGK), http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/2/CH1063/CMS1318493541783/qualitaetsstrategie_englisch.pdf.
10. EU-Mahnung: Ärzte arbeiten zu viel, von Köksal Baltaci und Anna Gabriel (Die Presse), 20.03.2014, http://diepresse.com/home/leben/gesundheit/1577814/EUMahnung_Aerzte-arbeiten-zu-viel.
11. Spitalsärztin/Spitalsarzt 2025 – Die Zukunft der österreichischen Spitäler, 23.07.2014, <http://www.aerztekammer.at/home/>.

ТРАДИЦИЯ И ИНОВАЦИИ В СПЕЦИАЛИЗАЦИЯТА НА ЛЕКАРИТЕ В БЪЛГАРИЯ¹⁴

¹⁴ За цитиране: Кондева, Сн., „Традиция и иновации в специализацията на лекарите в България“, доклад в научно-практическа конференция „Човешкият капитал – методология, измерения и практики“ на НБУ, София, 04.06.2014 г.

Снежана М. Кондева

Хоноруван преподавател в Стопанския факултет на СУ „Св. Климент Охридски”, snkondeva@abv.bg

TRADITION AND INNOVATIONS IN THE SPECIALIZATION OF THE PHYSICIANS IN BULGARIA

Snezhana Kondeva

Summary: *In most cases the migration of physicians is due to the unfavorable conditions for specialization in the country. In order to motivate the medicine graduating students to specialize in the country, the health policy has to be aimed at developing the system for acquiring medical speciality by the physicians. The new model has to combine the good practice in institutional organization of the system for acquiring medical specialization from the past with the opportunities available to the present generation – abundant use of equipment in the medical practice, information technologies, e-health and telemedicine.*

Key words: *health policy, medical specialization, post-graduate students, healthcare innovations*

1. Въведение

Ниската ефективност на националната система на здравеопазване се дължи в голяма степен на липсата на политически консенсус и законодателна инициатива по отношение на човешкия капитал в сектора. От една страна, в публичното пространство се демонстрира загриженост по темите за миграцията на кадри, за неприемливите условия за специализация на лекарите у нас, за личните усилия на лекарите да получат по-добра квалификация, поставяйки се в зависимост от фармацевтичните компании чрез участия в клинични проучвания, поемане от тези компании на разходите им за участия в конгреси, симпозиуми, и т.н. От друга страна, съществуващите стратегии и политики за развитие на човешките ресурси в сектора не дават яснота по отношение на начините за постигане на набелязаните в тях цели и не търсят отговор на въпросите: при какви и в какви условия трябва да се обучават, специализират и квалифицират лекарите, какви са възможностите за кариерно развитие, за повишаване на доходите от упражняване на професията и получаване на обществено признание.

Целта на настоящия доклад е да представи тезата, че **качеството на следдипломната образователна услуга в здравеопазването** ще се подобри, ако успоредно със съществуващите медицински университети и медицински факултети бъдат създадени нови образователни структури за следдипломно обучение в здравеопазването. Това ще стимулира конкуренцията в системата за придобиване на специалност и ще се превърне в предизвикателство за заинтересованите страни да използват в процеса на специализацията и непрекъснатото професионално развитие на лекарите съвременни медицински, информационни и телекомуникационни технологии.

2. Развитие на системата за медицинска специализация в България

Създаването на медицински факултет. Началото на университетското медицинско образование в България е свързано с датата 1 януари 1918 г., когато е открит новият медицински факултет в Софийския университет. За заемане на академичните длъжности в катедрите на факултета е обявен конкурс, а „от 15 май 1918 г. нататък комисията по конкурса, с председател проф. Ст. Петков, докладва постепенно изборите на редовни професори, така че от 1 октомври 1918 г. биват назначени в медицинския факултет лекарите В. Моллов и П. Стоянов, а от февруари и март 1919 г. лекарите К. Пашев, Ив. Кипров, Т. Петров и Ат. Теодоров. Пръв декан бива избран на 17 април 1919 г. Ив. Кипров. Броят на студентите по медицина е през 1917 – 18 г. 83 мъже и 15 жени.” [1]

Въпросът става актуален за държавата едва през учебната 1917 г., поради нарасналата нужда от лекари за войската, но в лекарското съсловие идеята за българско университетско медицинско образование възниква много по-рано. В края на 19 и началото на 20 век за откриване на факултета активно работят д-р Панайот Жечев, д-р Петър Ораховац, д-р Марин Русев и д-р Стефан Ватев, като обществено ангажирани с

дейността на тогавашното санитарно ведомство при Министерство на вътрешните работи, Върховния медицински съвет към него и на Българския лекарски съюз.

Подготовката за създаване на факултета включва изработването на програми, приемането на правилник и организирането на курсове за специализация на лекарите. На това основание на специализация в чужбина са изпратени първите лекари, между които и някои от бъдещите професори. През 1910 г. Върховният медицински съвет приема и конкретен план за създаване на медицински факултет, за практическата реализация на който се създават нарочни държавни комисии за проучването на чуждия опит. Те посещават медицинските факултети в Мюнхен, Вюрцбург, Хайделберг, Виена и други.

Както много пъти в българската история, така и по отношение стремежа за откриване на висше медицинско училище, се прави опит обществените интереси да бъдат изместени от тясно партийно мислене и поведение. При обсъждането през 1917 г. на законопроекта в Народното събрание против откриването на медицински факултет са демократите и част от земеделците, а д-р Богомил Берон от Демократическата партия, който е и председател на Българския лекарски съюз по това време, възразява срещу предложението на политическия си противник д-р М. Русев факултетът да бъде открит още през есента на същата година. Това поведение на д-р Б. Берон е в противоречие с решението на IX редовен конгрес на Българския лекарски съюз, проведен от 6 до 8 май 1912 г. в град Русе. Лекарският събор приема програма за подобряване на санитарно-хигиенните условия в страната и за засилване на борбата със заразните заболявания и туберкулозата, като едно от основните професионални искания е да се осигурят необходимите кадри за нейното реализиране и в тази насока да бъде открит медицински факултет към университета. Независимо от съсловното решение, д-р Б. Берон отсъства от последното заседание на Върховния медицински съвет през 1917 г. без уважителна причина и не гласува, а д-р М. Русев подозира, че призивите за по-късно откриване са свързани с неговото желание медицинският факултет да бъде открит по време на управлението на Демократическата партия. [2]

В крайна сметка народните представители се обединяват около идеята за откриването на факултета и на 29 ноември 1917 г. е обнародвано изменението на Закона за народната просвета. На 10 април 1918 г. по думите на д-р Русев „започват лекциите в храма на българската медицинска наука”. [3]

За клинична база на новоучредения Медицинския факултет е определена Александровска болница, в която до 1904 г. са били подготвяни фелдшери, сестри и акушерки, а до 1917 г. са се провеждали опреснителните курсове за лекари. Клинична база на факултета още от самото начало е и Майчин дом.

Много скоро след откриването на медицинския факултет се прави опит да бъде ограничен приемът на студенти по медицина, поради опасенията на някои кръгове в лекарския съюз, че поради увеличения брой лекари и голямата конкуренция между частнопрактикуващите лекари, предимно в големите градове, ще се стигне до пролетаризиране на лекарската професия.

Законът за народното здраве от 1929 г. Новият закон преименува Върховния медицински съвет във Висш медицински съвет, но не променя статута му на съвещателен орган. Едно от правомощията на съвета е да дава мнение за разрешаване или лишаване от право на упражняване на медицина и да се произнася за незаконното ѝ практикуване.

Болниците са държавни, окръжни и общински, а според броя на леглата в тях те са първостепенни, второстепенни и третостепенни. Освен обществените болници има и частни лечебници и болници. Университетските клиники се издържат от Министерството на просветата, но са длъжни да дават всички изисквани от санитарната власт сведения.

Назначаването и уволняването на лекари на държавна служба се извършва от министъра на вътрешните работи и народното здраве по доклад на главния директор на народното здраве, а по-низшия санитарен персонал се назначава и уволнява от главния директор на народното здраве.

Назначаването на лекарите на окръжна и общинска служба става от съответните окръжни постоянни комисии или от общинския съвет, с одобрение на главната дирекция на народното здраве, която следи да бъдат назначавани лица, отговарящи на предвидените в закона условия.

Само правоспособно лице – лекар, прекарало едногодишен стаж в университетските клиники или в общите първостепенни държавни болници може да упражнява частна практика, т.е. да лекува, да извършва медицински изследвания, да издава валидни пред всички ведомства медицински свидетелства и др.

Професионалното израстване се обвързва с минимален брой години служба или свободна практика и с изискване за специализация. На общинско равнище необходимият стаж е една година в клиника или в

първостепенна болница, а в болница за младши лекар се назначава лекар, добил право на практика в страната и работил една година в клиника или в първостепенна болница; за старши лекар необходимата практика е две години като младши лекар и две години като селски, общински или участъков лекар; за началник на отделение в болница изискването е 5-годишна служба по специалността, а за управител-лекар на болница с повече от 150 легла - 8-годишна служба.

Законът съдържа императивна разпоредба относно финансирането на специализацията и задължението на специализираните лекари - санитарните лица, * специализирали за сметка на държавата, окръга или общината са длъжни да работят по специалността двойно на специализацията време, на място, където финансиращото учреждение ги изпрати. В противен случай трябва да върнат изразходваната за тях сума и да се лишат завинаги от правото да заемат обществени длъжности.

Членството в Българския лекарски съюз от 1929 г. е задължително за всички правоспособни лекари, а надзорът върху частната практика се осъществява от здравната дирекция чрез лекарските и дисциплинарните съвети на съсловната организация.

За задоволяване на нуждите от лекарска помощ в страната и изпълнение на програмата на Главна дирекция народно здраве за приближаване на медицинската помощ до населението, през 1935 г. е издадена Наредба-закон за задължителна служба и частна практика на лекарите в селата. [4] Проблемът обаче не може да бъде решен и към 1940 г., независимо от увеличения брой частнопрактикуващи лекари (1200), те продължават да са неравномерно разпределени по територия и населени места – в градовете 1 лекар се пада на 300 до 700 души жители, а за селата съотношението е 1 лекар на 7 – 8 хиляди жители. [5]

Статистическите данни за правоспособните лекари в България към 1 януари 1936 и 1940 г. Съгласно Закона за народното здраве Главна дирекция на народното здраве публикува списък на лекарите, на които е признато право на медицинска практика. Д-р Виктор Кузмин [6] проследява динамиката на лекарското съсловие и отбелязва основните тенденции в неговото развитие за четиригодишния период, въз основа на публикуваните списъци на лекарите през 1936 и 1940 година:

- процентът на мъжете и жените в двата списъка е еднакъв – 84 % мъже и 16 % жени;
- броят на лекарите (без тези в странство) се е увеличил от 2 720 през 1936 г. на 3 124 през 1940 г. или с 404 души;
- през 1936 г. и 1940 г. съответно частнопрактикуващите лекари са били 45 % на 40%, а лекарите на държавна и общинска служба – 55% на 60 %;
- през 1936 г. общите лекари (т.е. лекари без специалност) са 1835 (67 %), а лекарите със специалност 959 души (33 %);
- през 1940 г. без специалност са 62%, а със специалност 38% от лекарите;
- завършилите в славянски страни (България, Русия, Югославия, Чехия и Полша) през 1940 г. са 1 421 лекари (45%), а през 1936 г. – 39%;
- завършилите лекари в университетски градове на Германия и Австрия през 1940 г. са 973 (31%), а през 1936 г. – 36 %;
- в романските страни (Франция, Белгия, Италия, Швейцария и Румъния) през 1940 г. са завършили 695 лекари (22 %), а през 1936 г. – 23 %.

Коментарът в статията е, че ние следваме тенденцията на модерното общество, в което прогресивното развитие се характеризира с широко разделение на труда във всички сфери и слоеве, включително и в лекарското съсловие, изразяващо се във все по-голямо развитие на специализацията. Така за четири години лекарите специалисти в България са се увеличили с 5 процента, като 244 лекари са с две и повече специалности.

Друга тенденция, която се наблюдава при лекарската специализация и квалификация е, че значително е намаляло влиянието на чуждите школи и се е засилил процесът на национализация на българската медицинска мисъл.

В зависимост от университетските градове, в които лекарите са завършили медицинското си образование и специализация се наблюдава циклична промяна на периодите на влияние на германската и романската култури, като до 1924 г. най-много лекари са завършили в градовете Тулуза, Париж, Лозана и Женева, а най-силно през 1925 – 1927 г. е германското влияние. През 1940 г. има явна тенденция за изместване на германското и романското със славянското влияние.

** Дефиниция в чл. 232 ЗНЗ 1929 г.: „ санитарно лице (лекар, фелдшер, акушерка и др.)”

Институтът за специализация и усъвършенстване на лекарите (1950 – 1972). След преврата през 1944 г. по-голяма част от разпоредбите на Закона за народното здраве са отменени и заменени с отделни нормативни актове (Закона за цялостното обединение на здравните служби, Указа за разпределение и назначаване на медицинските и здравните кадри, Указа за всенародна безплатна медицинска помощ и мн. др.), а останалите правни норми загубват юридическа сила поради наложения съветски модел на здравеопазване. Чак през 1973 г. множеството нормативни актове са обединени в единен закон за народното здраве и официално е отменен законът от 1929 г.

Първоначално висшето медицинско образование е към Комитета за наука, изкуство и култура, а през 1950 г. преминава към Министерство на народното здраве. През същата година с указ на Народното събрание Работническа болница „Царица Йоанна“ е преименувана в Институт за специализация и усъвършенстване на лекарите. Актът на разделяне на основното и следдипломното обучение по медицина се оказва сполучлив, защото се създава една структура, в която се изграждат катедри и клиники, и се осигурява достъп до съвременни познания и умения след университетското обучение. От ИСУЛ произхождат 18 катедри и се слага началото на много поддисциплини, създават се предпоставки за изграждане на национални центрове и на научноизследователски групи.

Основна задача на института е да създаде програми за специализация и усъвършенстване на лекарите, да формира система за обучение на лекарите на последните постижения в европейската и световната медицинска практика. Лекарите преподаватели се стремят да следят новостите и да внедряват нови методи, да посещават отделения в други болници, в които са организирани клинични дискусии и операции (т. нар. декади).

Десет години след създаването си в ИСУЛ са получени дипломи за специалност 4 474 лекари, а през 1971 г. дипломираните се лекари специалисти са 12 674. [7]

Освен специализиращите лекари, които са на трудов договор в лечебните заведения в страната, се въвежда клиничната ординатура – по време на специализацията лекарите получават възнаграждение от Министерство на здравеопазването и работят постоянно в ИСУЛ.

Медицинска академия. През 1972 г. личните амбиции на акад. Атанас Малеев, след като неуспява да се интегрира в колектива на ИСУЛ, са причина институтът да бъде преструктуриран в База-2 и включен в състава на единния учебно-научен комплекс на Медицинска академия. Промяната в институционалната структура обезличава постигнатото от исулските лекарите (преподаватели и специализанти), в следствие на което се влошава качеството на следдипломното медицинско обучение и професионална квалификация. Едни и същи преподаватели провеждат обучението на студенти и специализанти, като резултатът е не подобряване качеството на основното медицинско образование, а демотивиране на преподавателите да надграждат специални знания по специалността за завършилите медицина. Институтът се превръща в база за обучение без самостоятелни цели за подобряване на процеса на придобиване на специалност и професионално развитие на лекарите, както и без институционална отговорност към системата на здравеопазване в България.

Завършилите медицина, както всички завършили висше образование, подлежат на разпределение за срок от три години. Младите лекари се разпределят на работа в лечебни заведения на територията на цялата страна, като съответната община трябва да им осигури жилище.

От 1974 г. следдипломната квалификация на лекарите [8] се провежда на два етапа: ранна специализация (интернатура) и специализация на работно място (ординатура). Формите на следдипломна квалификация са: очни, задочни и комбинирани; с пълно или с частично откъсване или без откъсване от работа; колективни (курсове и школи) или индивидуални, и др.

След назначаването на новозавършилия лекар, на определеното му от разпределителната комисия работно място той, се разпределя в задължителна интернатура за срок от една година в отделение на окръжна или специализирана болница, диспансер или окръжно ХЕИ. Това е период, през който се изпълнява утвърдена учебна програма и се оценяват способностите и придобитият опит в съответната медицинска специалност.

Лекарите, успешно завършили интернатура, се зачисляват в ординатура на работното място след успешен изпит за специализация. Обучаваните висши медицински кадри получават пълния размер на основната си заплата, увеличението към нея и всички допълнителни възнаграждения.

Нормативната уредба на медицинската специализация след 1990 г. С постановление от месец декември 1989 г. за преустройство на здравеопазването [9] на министъра на народното здраве и социалните грижи се възлага до 30 юни 1990 г. да утвърди усъвършенствана система за следдипломна специализация и квалификация на висшите медицински и други кадри, включително за специализация по обща медицина. Освен, че не е спазен срокът няма и промяна в системата за следдипломно обучение. През 1991 г. само е изменена наредбата в частта, че за изпратените на планово обучение лекари извън местоработата работодателят заплаща пътни, дневни и квартирни пари. Така до отмяната ѝ през 1994 г. продължава да действа задължителното разпределение.

Наредбите от 1994 г., [10] 1995 г. [11] и от 2001 г. [12] с известни различия определят реда и условията за специализация на работното място в държавно или частно лечебно заведение, определено като база за специализация, в лечебно или здравно заведение, което не е определено за база за следдипломно обучение, специализация за лица, които не работят в лечебно или здравно заведение, както и за специализация (клинична ординатура) във висшите медицински институти (училища).

Действащата в момента Наредба 34 от 2006 г. [13] променя съществено системата за придобиване на специалност, както по отношение на определянето на броя на местата за специализация и формата на обучение, така също и по отношение на обучаващите институции и финансирането на специализацията.

В зависимост от финансирането на обучението и възнаграждението на специализантите са определени няколко вида места: финансирани от държавата (т. нар. държавна поръчка); срещу заплащане (т. нар. платена специализация); финансирани от друг източник и за чужденци.

Основна форма на обучение е клиничната ординатура, т.е. специализация без право на работа. Изключението е за асистентите и ординаторите, които работят в университетската болница, където се провежда обучението по специалността.

Министърът на здравеопазването утвърждава броя на местата за специализанти по специалности, заявени от университетските болници/базите за обучение чрез медицинските университети и факултети. Процедурата, макар и формално, изисква преди това изпълнителните директори и управителите на лечебните заведения да подадат информация за свободните работни места и потребностите за назначаване на лекари със специалност.

Средствата от държавния бюджет за финансиране на обучението на места, финансирани от държавата, се превеждат по договор на висшето училище в зависимост от броя на приетите специализанти. В тези средства се включват освен издръжката на обучението и възнаграждението (стипендията) на специализантите. По решение на академичните съвети на висшите медицински училища част от средствата за издръжка на обучението се превеждат на базите за практическо обучение.

Специализантите, приети на места срещу заплащане, дължат месечна такса за издръжка на обучението, а възнаграждението си получават от собствените средства на университетската болница или от друг източник, финансиращ обучението.

Лекарите, придобили специалност на места, финансирани от държавата, са длъжни да постъпят на работа в лечебно или здравно заведение, определено от министъра на здравеопазването, за срок, равен на продължителността на обучението им.

3. Проблеми на системата за придобиване на специалност от лекарите

Недостигът на лекари специалисти. В края на 2005 г., във връзка със синхронизиране на българското законодателство с европейското, е спрял приемът на специализанти, а нова наредба, регламентираща процеса на придобиване на специалност в системата на здравеопазването, е приета едва през декември 2006 г. Реално обаче първият прием на специализанти по тази наредба е проведен през 2008 г., поради дългата процедура за определяне на броя на местата за специализация. Така към двугодишния нулев прием се прибавиха и четири или пет години специализация на първия випуск, т.е. периодът, през който нямаше дипломирани лекари специалисти реално е около седем години.

Този недостиг на лекари специалисти все още не може да бъде преодолян, освен това има погрешен прочит на европейската директива за признаване на професионална квалификация. Условието е достъпът в държавите-членки до професията лекар да бъде обвързано с притежаване на определена професионална квалификация, гарантираща, че лицето е преминало обучение, което отговаря на предвидените минимални изисквания, но не и уеднаквяване на институционалната структура, начина на организация и формата на

обучение. Основна гаранция за професионалната квалификация в законодателството ни е редовната форма на обучение, за разлика от страни като Германия, където успоредно с работата по трудово правоотношение се провежда и специализацията на лекарите.

Правоспособността на лекарите. Лекарите получават правоспособност след провеждане на следдипломно обучение и полагане на държавен изпит по конкретна специалност. С лишаването им от частична правоспособност по време на обучението специализантите се изключват за около четири-пет години от практиката в здравния сектор, защото техният статус е „обучаващ се лекар”. Лекарите без специалност, включително и специализантите, нямат право да извършват медицинска дейност. Тяхното участие в диагностичния и лечебен процес е извън закона.

Специализацията в определена област на медицината винаги се свързва с чиракуването като при усвояването на занаят. Завършилият магистърска степен по медицина е чирак в професията и обикновено извършва рутинна и неприятна работа, докато не покаже някакво старание, а майсторът, лекарят специалист, не започне да му възлага по-отговорните задачи и дейности на калфа. В края на обучението специализантът трябва да е придобил знанията и практическите умения на специалиста и да е готов да упражнява самостоятелно медицинска дейност по съответната специалност и да обучава следващите специализанти.

Процесът е сходен с приготвянето на хляб. Чиракът носи чувалите с брашно и мете хлебарницата, докато не покаже на майстора хлебар, че през това време е наблюдавал внимателно как калфата приготвя маята, и че самият той вече се чувства подготвен да извършва тази работа. Калфата се обучава още да влага определени количества брашно, сол, вода и мая, да меси тестото, да определя момента на втасване и да подготвя пещта. Ако не е направил стотици хлябове със собствените си ръце и не ги е изпекъл, калфата не е готов да стане майстор и да обучава други хора на занаят, а приготвеният самостоятелно за първи път хляб най-вероятно ще бъде глетав, суров или прегорял.

Затова смисълът на следдипломното обучение е да се натрупат практически знания и умения над основното медицинско образование, под ръководството на лекар със специалност, който поема отговорността за обучението и надзора върху извършваната от специализанта медицинска дейност. При функциониращата система на специализантите не се дава възможност за практическа работа и професионално израстване, поради което след завършването на курса за придобиване на специалност те не се чувстват удовлетворени и подготвени за самостоятелна лекарска практика. Това е една от основните причини младите лекари да предпочитат да специализират в страни, където специализация се придобива успоредно с полагането на възмезден труд в рамките на медицинския екип и имат възможност за лично участие в диагностичния и лечебния процес.

Стратегиите на висшите медицински училища. Медицинските университети и факултети имат своя стратегия за подобряване на качеството на медицинското образование и повишаване на кредитния си рейтинг, но целите на управленските им политики в определени моменти се разминават с тези на лечебните заведения за осигуряване на качествена медицинска помощ и услуги.

Освен стремежът за утвърждаване на престижа и подобряване на финансовото състояние на институцията чрез увеличаване броя на чуждестранните студенти, университетите се стремят да покрият критериите за по-висока реализация на своите студенти в чужбина. Прави се директна агитация за насочване към посреднически фирми за набиране на лекари и специализанти за работа в други страни, чрез постоянно актуализирана информация на официалните сайтове на медицинските университети и факултети. Оказва се, че българското медицинско образование работи повече за обезпечаване с кадри здравните сектори на други държави, отколкото за подобряване на конкурентността на българското здравеопазване.

Провежданата политика за самостоятелно развитие на медицинските университети не е незаконосъобразна, защото се основава на принципа на академичната автономия, но проблемът на здравния сектор е, че законово разпределените функции между институциите, отговорни за управлението и развитието на работната сила в здравеопазването не осигуряват ефективност. Висшите медицински училища имат интерес да развиват научно-изследователската дейност и базовото медицинско образование, защото в тези направления финансирането, от държавата и по европейски проекти, е значително по-високо от това на следдипломното обучение на лекарите.

4. Политика, насочена към осигуряване на устойчивост в здравния сектор

Целта на европейската политика в областта на здравеопазването е да се определят политиките в дългосрочен план за повишаване на квалификацията на заетите в здравеопазването и да се определят мерки за намаляване на негативните последици от трансграничната мобилност върху здравните услуги и националните здравни системи.

България е от страните „донори“ на работна сила за здравните системи в Западна Европа, а заминаващите са както високо квалифицирани медицински специалисти, така и току-що завършили медицина лекари. За близо 1/3 от всички напуснали лекари водещата причина са неблагоприятните условия за медицинска специализация в страната.

Затова ясно се откроява потребността от реформа в системата за придобиване на медицинска специалност и формиране на нова структура на образователните институции в следдипломното обучение на лекарите.

Създаването на институти или образователни центрове за следдипломно обучение, на базата на някои университетски, областни и високотехнологични болнични комплекси в страната, ще формира конкурентен пазар, а оттам и по-добри условия за специализация и качество на теоретичното и практическо обучение на лекарите. В областните и окръжни лечебни заведения държавата вече е инвестирала много средства за основен ремонт на сградния фонд и закупуване на медицинска апаратура и тази тенденция, според концепцията за развитие на болничния сектор, ще се запази и в бъдеще. [14]

С функционирането на нови образователни институции за следдипломно обучение на лекарите ще се премести фокуса върху обучението и квалификацията на лекарите, заети в националната система на здравеопазване.

Нашата традиция в областта на медицинската специализация е пример за добра практика, като за периода 1950 - 1972 г. по-голямата част от лекарите са специализирали в ИСУЛ успоредно с работата си в болница, поликлиника или здравен участък. В института се надграждат специфични професионални знания и умения по отделните медицински специалности, а лекарите специализанти са активна страна в процеса на прилагане на нови диагностични и лечебни методи. ИСУЛ бързо получава международно признание на научен център и на водеща в лечебната дейност болница.

Следвайки препоръките на Европейската комисия за възприемане на най-добрите практики за усъвършенстване на професионалното обучение и квалификация на работещите в областта на здравеопазването и подобряване на тяхното възнаграждение, е необходимо в нашата правна система да се облекчи достъпа до професията лекар и да се регламентира статуса на „практикуващ лекар-специализант“.

Следващият етап на развитие и въвеждане на нови управленски практики, имащи отношение към условията и реда за придобиване на медицинска специалност, трябва да бъдат съобразени с насоките в международните стандарти за подобряване на качеството в следдипломното медицинско обучение на Световната федерация за медицинското образование, [15] а също така да отразяват променената обществено-икономическа, демографска и технологична ситуация в страната. Клиничната практика по време на специализацията трябва да се допълва с теоретично обучение, което може да се обвърже тясно с клиничното обучение или чрез регионални, национални или международни теоретични курсове. Тези програми, според стандарта, могат да се изпълняват и управляват в и от университетите, медицинските дружества или институтите за следдипломно медицинско образование.

Придобиването на специалност е една от фазите на медицинското образование и не се разграничава рязко от продължаващото медицинско обучение и професионално развитие. Затова през целия период на активна професионална дейност лекарите са длъжни да усвояват нови знания във връзка с прилагането на последните новости в медицината и работа с нова медицинска апаратура. Работодателите нямат избор на образователна услуга и много често разходите за професионална квалификация и обучение се оказват непосилен товар.

При реална конкуренция между институциите за следдипломно медицинско обучение много по-бързо от очакваното ще бъдат въведени иновативни образователни методи, като:

- поставяне на диагноза от разстояние, в случаите, когато специализантът не е в състояние да вземе самостоятелно решение;
- участие на специализантите чрез видеоконферентни връзки в лекарските колегии на обучаващата институция, където се обсъждат трудни за диагностика и лечение пациенти;

- осигуряване на аудиовизуална връзка между операционната зала и специално оборудван кабинет на територията на университетската болница или с компютъра на специализанта, работещ в областна или общинска болница, или в амбулатория за първична извънболнична медицинска помощ;

- други комуникационни и софтуерни решения за обмен на информация и дистанционно обучение на лекарите.

Основните предпоставки за създаването на нова институционална среда в системата за придобиване на специалност в здравеопазването са:

- реструктуриране на Българския лекарски съюз в лекарска камара и делегиране отговорността за специализацията и професионалната лекарска квалификация на съсловната организация;

- възстановяване на специализацията на работно място в лечебно или здравно заведение и въвеждане на дистанционно обучение за общопрактикуващите лекари, като форми на обучение, отговарящи на динамичния начин на живот и стремеж за професионална реализация на лекарите;

- регламентиране в медицинските стандарти на отделните специалности на частична медицинска правоспособност на лекарите в периода на тяхната специализация;

- въвеждане на трудовоправните норми в отношенията специализант-обучаваща институция-лечебно или здравно заведение.

5. Заключение

Съвременните условия позволяват да се гарантира високо равнище на професионална квалификация на лекарите чрез прилагане на различни форми на теоретично и практическо обучение на лекарите в периода на специализацията. Успоредно със съществуващата форма на обучение е необходимо да се въведе и специализация на работно място в областна или общинска болница, а обучаващите институции да се приближат максимално до тези лечебни заведения. Резултатът ще бъде намаляване на разходите за обучение, повишаване на конкуренцията и подобряване на качеството на образователната услуга в системата за придобиване на специалност от лекарите.

Литература:

1. Арнаудов, М., „Софийски университет Св. Климент Охридски. Кратка история за 50 годишнината от основаването му.”, Университетска печатница, София, 1939, стр. 46.
2. Летописи на БЛС, Програма на БЛС, с. 349 – 358, 1913.
3. Георгиев, М., Цанков, Н., „90 години Медицински факултет – София (1917 – 2007)”, София, 2007.
4. ДВ, бр. 71 от 29.03.1935 г.
5. Летописи на БЛС, Реч на д-р Д. Киров, председател на БЛС, при откриването на 25 редовен събор на БЛС, кн. 9 и 10, Конгресен брой, 1940, стр. 9.
6. Летописи на БЛС, Д-р Виктор М. Кузмин, „Българското лекарско съсловие към началото на 1940 година”, кн. 4, 1940, стр. 3-11.
7. Дамянов, Д., „История на Клиника по хирургия в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”, Издателска къща ДЛ-М, София, 2012, стр. 15 - 20.
8. Наредба за следдипломна квалификация на висшите медицински кадри, обн., ДВ, бр. 7 от 25.01.1974 г.
9. Постановление № 61 на МС от 18.12.1989 г. за преустройство на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 101 от 29.12.1989 г.
10. Наредба № 11 от 06.06.1994 г. за следдипломно обучение на специалистите с висше образование в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 50 от 21.06.1996 г.
11. Наредба № 47 от 14.12.1995 г. за следдипломно обучение на специалистите с висше образование в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 9 от 30.01.1996 г.
12. Наредба № 31 от 28.06.2001 г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 64 от 20.07.2001 г.
13. Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 23.01.2007 г.
14. Концепция за реструктуриране на болничната помощ на Република България, <http://www.mh.government.bg/>.
15. Postgraduate Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement, <http://www.wfme.org/standards/pgme>.

ДЕЦЕНТРАЛИЗИРАН МОДЕЛ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА СПЕЦИАЛНОСТ, КОМПЕТЕНТНОСТ И КВАЛИФИКАЦИЯ НА ЛЕКАРИТЕ¹⁵

¹⁵ За цитиране: Кондева, Сн., „Децентрализиран модел за придобиване на медицинска специалност, компетентност и квалификация на лекарите”, доклад в Единадесетата международна научна

Снежана М. Кондева

Докторант и хоноруван преподавател в Стопанския факултет на СУ „Св. Климент Охридски”

DECENTRALIZED MODEL FOR ACQUIRING MEDICAL SPECIALITY, COMPETENCE AND QUALIFICATION OF THE PHYSICIANS

Snezhana Kondeva

Abstract: *Medical training is different from the training in all other university education fields and professional directions, both with regard to the curricula and practical training, and also with regard to its duration. The specificity of the medical training is that there is not a Bachelor's degree level and after acquiring a Master's degree in Medicine, graduates have to undertake a postgraduate training in a particular field of medicine, in order to acquire professional competence and the right to independently practice the profession of physician. The purpose of the report is to identify the problematic issues in the postgraduate training of the physicians and to suggest on a conceptual level a decentralized model for acquiring medical speciality, competence and qualification.*

Key words: *medical speciality, medical competence, continuing education of physicians, decentralized model for medical specialization.*

1. Въведение

Европейската политика в областта на здравеопазването се нуждае от спешна адаптация към общата демографска ситуация на застаряване на населението, при която натискът на търсенето на здравни услуги ще се увеличава, а публичните разходи ще се свиват поради намаляване на относителния дял на хората в активна възраст, които се осигуряват.

Демографските тенденции се отразяват и върху заетостта в здравните системи, затова през 2008 г. Европейската комисия издаде Зелена книга за работната сила в здравния сектор [1] и даде началото на обществена дискусия относно необходимостта от прилагане на устойчиви подходи и политики за опазване и развитие на работния потенциал в сектора.

Намерението е да се определят политиките в дългосрочен план за повишаване на квалификацията на заетите в здравеопазването и да се определят мерки за намаляване на негативните последици от трансграничната мобилност върху здравните услуги и националните здравни системи.

България е от страните „донори” на работна сила за здравните системи в Западна Европа, а заминаващите са както високо квалифицирани медицински специалисти, така и току-що завършили медицина лекари. Според Българския лекарски съюз за близо 1/3 от всички напуснали лекари водещата причина са неблагоприятните условия за медицинска специализация в страната. Това е така, защото специалност в определена област на медицината се придобива след завършване на магистърска степен и провеждане на обучение още 3, 4 или 5 години, като през този период лекарите в България нямат право да упражняват самостоятелно медицинска дейност и съответно не получават трудово възнаграждение. Поради тази причина голяма част от младите лекари предпочитат да специализират в чужбина, където системите за специализация на лекарите позволява да се започне работа по договор в болница и успоредно с това да се специализира.

Целта на доклада е да се определят проблемните области в следдипломното обучение на лекарите в страната и да се предложи на идейно ниво децентрализиран модел за придобиване на медицинска специалност, компетентност и квалификация.

Не са обект на обзор и анализ придобиването на специалност от лекарите по дентална медицина, медицинските сестри, акушерки и асоциираните медицински специалисти, както и специалистите с немедицинско образование, заети в здравния сектор.

2. Проблеми на функциониращата система за медицинска специализация на лекарите в България

За разкриване същността на основните управленски проблеми на системата за медицинска специализация на лекарите е необходимо първоначално да се представи спецификата на медицинското образование; структурата на институциите, в които се изучава специалност; правната рамка и източниците на финансиране на процеса по придобиване на медицинска специалност в системата на здравеопазване.

През 1990 г. включените в състава на Медицинска академия институти са преобразувани в самостоятелни, а след това акредитирани като университети по Закона за висшето образование. [2] Структурата на самостоятелните **държавни висши медицински училища** е следната: Медицински университет – София, с филиал в гр. Враца, Медицински университет – Плевен, с Медицински колеж, Медицински университет – Варна, с Медицински колеж, Медицински университет – Пловдив. Медицински факултет има в структурата на Тракийския университет – Стара Загора, а през 2008 г. е възстановен и Медицинският факултет към СУ „Св. Климент Охридски”.

Обучението в медицинските университети се осъществява по акредитирани **професионални направления**: 1) медицина; 2) дентална медицина; 3) фармация; 4) обществено здраве; и 5) здравни грижи, както и по **специалности от регулираните професии**: 1) медицинска сестра; 2) акушерка; 3) медицински лаборант; и 4) рентгенов лаборант.

По предложение на министъра на здравеопазването Министерският съвет приема единни държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите от регулираните професии в професионални направления „Медицина”, „Дентална медицина”, „Фармация”, „Обществено здраве” и „Здравни грижи”. [3]

Със Закона за признаване на професионални квалификации в българското право е транспонирана Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета относно признаването на професионални квалификации и са обединени в общ нормативен акт разпоредбите, свързани с признаването на професионални квалификации на медицинските специалисти, съдържащи се преди това в четири закона и редица подзаконови нормативни актове. Подходът за общ закон е възприет, не само у нас, но и в още 15 държави-членки на Европейския съюз. [4]

Целта на директивата и закона е да се улесни свободното движение на специалисти в държавите-членки, но в същото време да се гарантира достатъчно равнище на квалификация. Затова са въведени изисквания за теоретични и практически знания и умения и процедури за признаване на професионален стаж и квалификация.

По отношение на медицинските специалности се прилага принципът за **автоматично признаване на професионални квалификации**, съгласно регламентирания ред и условия в директивата и в българския закон. Достъпът в държавите-членки до професиите „лекар”, „лекар по дентална медицина”, „ветеринарен лекар”, „медицинска сестра с общ профил”, „акушерка” и „фармацевт” се обвързва с притежаване на определена професионална квалификация, гарантираща, че лицето е преминало обучение, което отговаря на координираните между държавите-членки минимални изисквания.

За признаване на професионална квалификация и медицинска специалност законовото изискване е задължителна клинична практика в учебна база под съответното ръководство.

Затова и **организацията на учебния процес** в медицинските университети е специфична, изразяваща се в това, че длъжностите на хабилитираните и нехабилитираните преподаватели са в структурите на университетските болници. Научно-преподавателските кадри извършват лечебна дейност по основен трудов договор в тези болници и преподавателска дейност по втори допълнителен договор към съответния университет, но на работното си място в лечебното заведение – база за обучение. Лекциите, упражненията и практическите занимания са организирани в учебните зали и клиничните звена на университетските болници/базите за обучение, с редки изключения, когато се изучава език от чуждестранни студенти. Собствените сгради се ползват от административния персонал на ректората и факултетите. При това положение разходите за издръжка на медицинските университети са значително по-малки от разходите, необходими на другите държавни висши училища за издръжка на собствена материална база и изплащане на възнаграждения на преподавателите по основен трудов договор. В същото време Министерство на образованието и науката осигурява държавна субсидия за издръжка на един студент в професионално направление „медицина” с коефициент, по-нисък единствено от този за професионално направление

„военно дело”. [5] Средствата от студентската издръжка за текущите разходи обаче не се превеждат на университетската болница.

Висшите училища имат своя стратегия за подобряване на качеството на медицинското образование и повишаване на кредитния си рейтинг, но целите на управленските им политики в определени моменти се разминават с тези на лечебните заведения за осигуряване на качествена медицинска помощ и услуги. Едната конфликтна точка е по отношение на чуждестранните студенти, а втората – насърчаването на миграционните нагласи сред студентите и абсолвентите по медицина. Ректорите на някои медицински университети публично обявяват своята стратегия да привличат все повече чужденци, които да заплащат изцяло обучението си, като владенето на български език не е предварително условие. Затова се организира обучение и цялостна учебна програма на английски език, с което към причините след завършване на образованието чуждестранните студенти да не започват работа в нашето здравеопазване се добавя и езиковата бариера. В същото време, чуждестранните студенти получават диплома, която може да бъде автоматично призната в държавите-членки на Европейския съюз.

Освен стремежът за утвърждаване на престижа и подобряване на финансовото състояние на институцията с увеличаване броя на чуждестранните студенти, университетите се стремят да покрият критериите за по-висока реализация на техните студенти в чужбина и правят директна агитация за насочване към посреднически фирми за набиране на лекари и специалисти за работа в други страни, чрез постоянно актуализирана информация на техните официални сайтове. Оказва се, че българското медицинско образование работи повече за обезпечаване с кадри здравните сектори на други държави, отколкото за подобряване на конкурентността на българското здравеопазване.

Провежданата политика за самостоятелно развитие на медицинските университети не е незаконосъобразна, защото се основава на принципа на академичната автономия, но проблемът на здравния сектор е, че законово разпределените функции между институциите, отговорни за управлението и развитието на работната сила в здравеопазването не осигуряват ефективност. Висшите медицински училища имат интерес да развиват научно-изследователската дейност и базовото медицинско образование, защото в тези направления финансирането от държавата и по европейски проекти е значително. Затова ясно се откроява потребността от нови научни организации/институти за следдипломно обучение на лекарите, създадени на базата на областните и високотехнологичните болнични комплекси в страната, [6] с което ще се формира конкурентен пазар, а оттам и по-добри условия за специализация и качество на теоретичното и практическо обучение на лекарите. В тези лечебни заведения държавата вече е инвестирала много средства за основен ремонт на сградния фонд и закупуване на медицинска апаратура и тази тенденция, според концепцията за развитие на болничния сектор, ще се запази и в бъдеще. Създаването на нови образователни институции за следдипломно обучение на лекарите ще премести фокуса върху обучението и квалификацията на лекарите, засти в националната система на здравеопазване.

Неблагоприятните последици от установената институционална компетентност се дължат най-вече на разпоредбите относно **следдипломното обучение в здравеопазването**.

Придобиването на специалност и продължаващото медицинско обучение са двете форми на следдипломното обучение, на което имат право всички лица с образователно-квалификационна степен „доктор”, „магистър” и „бакалавър”, и които работят в националната система за здравеопазване. (чл. 178 от 33)

Следдипломното обучение има две форми, но всъщност Законът за здравето ги разделя на две самостоятелни системи:

- *висшите училища* организират, регистрират, провеждат и контролират **обучението за придобиване на специалност** от медицинските специалисти, както и от специалистите с немедицинско образование, работещи в националната система за здравеопазване (Чл. 179 и чл. 180 от 33), а

- *съсловните организации* на лекарите, лекарите по дентална медицина, магистър-фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти организират, координират, провеждат и регистрират **продължаващото медицинско обучение**. (чл. 182 от 33)

Министърът на здравеопазването планира, координира и контролира дейностите по провеждане на следдипломно обучение за придобиване на специалност от медицинските специалисти, а по отношение на продължаващото медицинско обучение определя редът, по който се осъществява контрол върху

изпълнението на договорите между съсловните организации, висшите училища и медицинските дружества.

Обучаващите институции в процеса на придобиване на медицинска специалност се разделят на два типа в зависимост от функциите, които имат: - първият тип обучаващи институции, това са институциите, провеждащи теоретично и практическо обучение - висшите училища и националните центрове по проблемите на общественото здраве, където се организира, регистрира, провежда и контролира теоретичното и практическо обучение на специализантите, а вторият тип обучаващи институции са тези, в които се провежда само практическо обучение - лечебните заведения и регионалните здравни инспекции, т.е. те нямат функции по планирането, организирането и регистрирането на обучението, но предоставят изцяло своите ресурси – материални и човешки, за обучението по медицинска специалност.

Към обучаващите институции се прилагат различни критерии и методики за външно оценяване от самостоятелни органи по акредитация, създадени на основание на два закона – Закона за висшето образование и Закона за лечебните заведения.

Националната агенция за оценяване и акредитация е създадена на основание чл. 11, ал. 1 от ЗВО със статут на специализиран държавен орган, с функции да оценява, акредитира и контролира качеството на дейностите на висшите училища и да осъществява следакредитационно наблюдение и контрол. В обсега на институциите, които се акредитират от НАОК са висшите училища и националните центрове по проблемите на общественото здраве, като при институционалната акредитация се прилагат критерии, отнасящи се до организацията на обучението; наличието на процедури за разработване, одобрение, наблюдение и обновяване на учебната документация (квалификационни характеристики, учебни планове програми); изградена система за наблюдение, оценяване, поддържане и усъвършенстване на качеството на обучение; създаване на необходимите условия за подпомагане на обучението и развитието на студентите; осигуряване професионалното равнище, квалификацията и развитието на академичния състав, и др.

Другият орган е Акредитационния съвет, създаден на основание чл. 88а, ал. 1 от ЗЛЗ със статут на специализиран орган към министъра на здравеопазването. В състава на съвета се включват представители на Министерството на здравеопазването, Националната здравноосигурителна каса, Българския лекарски съюз, Българския зъболекарски съюз, Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи и на представителните организации за защита правата на пациентите. Критериите и показателите за акредитация съдържат условията, на които трябва да отговарят структурата и организацията на дейността в лечебното заведение за практическо обучение, необходимото оборудване, квалификацията на персонала, както и стандартите за качество на медицинските услуги. Критерии в институционалната акредитация са: *управление* на лечебното заведение (разрешение за осъществяване на медицинска дейност); *осигуреност* с медицински персонал (изискванията на медицинския стандарт за брой на лекарите специалисти); *съответствие* на материално-техническата база, апаратура и инструментариум с вида и предмета на дейност (апаратурна осигуреност); *компетентност* по медицински стандарт (обем дейност по стандарта); *качество* на дейността (своевременност и достъпност на оказваната медицинска помощ и показатели за дейността); *удовлетвореност* на пациентите (проучване на удовлетвореността на пациентите), и др.

„Задържането” в сферата на висшето образование на първата форма на следдипломно обучение лишава, от една страна, специализантите да извършват законно медицинска дейност (за което имат диплома) и да получават трудови доходи, а от втора страна, работодателите в лечебните заведения да провеждат самостоятелна политика за създаване и развитие на квалифицирани кадри при облекчени условия, вместо да наемат лекари специалисти понякога при непосилни искания за трудово възнаграждение (особено в общинските болници, когато липсата на лекар специалист може да се окаже пречка за сключване на договор със здравната каса).

3. Функции на българския лекарски съюз в управлението на здравеопазването

Половинчата се оказа и реформата по отношение на функциите на Българския лекарски съюз в управлението на здравеопазването. Със задължителното членство БЛС трябваше да се превърне в активен управленски фактор в българската здравна система, като освен *отстояването* на колективния интерес в областта на условията и заплащането на лекарския труд (**съсловна защита**), *контролът* върху изпълнението на етичния кодекс на лекаря (**съсловна санкция**), *участието* в надзорния съвет на НЗОК като страна по Националния рамков договор (**съсловно партньорство**), *участието* в различни комисии и

експертни групи по проблемите на здравеопазването (**съсловно представителство**), трябва да бъде регламентирана и *отговорността* на съсловната организация, делегирана от държавата, за осигуряване на високото равнище на знания и умения, притежавани от практикуващите лекари, за да се гарантира безопасността на пациентите и саморегулация на основния ресурс на системата – човешкият потенциал (**съсловен социален ангажимент**).

Изпълнението на всяка една от досегашните функции на БЛС може да бъде подложено на критичен анализ, но това не е предмет на настоящия доклад. По отношение на съсловния ангажимент за квалификация на медицинските специалисти в компетентността на лекарския съюз по закон е само продължаващото медицинско образование. Тази форма на обучение разширява, поддържа и актуализира знанията, придобити по време на следването и специализацията.

БЛС организира провеждането на продължителна квалификация при условия и по ред, определени в договори с висшите медицински училища, Военномедицинска академия, Съюза на българските медицински специалисти, научни организации, асоциации, фармацевтични фирми и др., по следните форми: курс, индивидуално обучение, семинар, конференция, конгрес, презентация, симпозиум, дистанционно обучение, седяща визитация, абонамент за специализирани медицински издания /книги, списания/. Всяка форма на продължителна квалификация има кредитни точки и се регистрира в РК и УС на БЛС, а на лекарите се издава удостоверение по образец, което също се вписва в съответната колегия. В срок от три години лекарите трябва да съберат 150 кредитни точки. Не се кредитира продължителна квалификация, която е извън формите, регистрирани от лекарския съюз. След приключване на тригодишния срок и събран брой 150 кредитни точки, се издава удостоверение от съответната РК на БЛС. В българското право не е въведена ресертификация, т.е. загуба на лекарски права, в случаите, когато не са събрани необходимия брой кредитни точки.

При липса на регулаторна рамка и механизъм за поемане на отговорност от страна на лекарския съюз и по отношение на процеса на придобиване на медицинска специалност, трудно ще можем да отчетем намаляване на темповете на миграция и осигуряване на необходимите човешки ресурси при увеличаващото се търсене на здравни услуги.

4. Нормативна уредба за придобиването на специалност в здравеопазването

Номенклатурата на специалностите, условията и реда за провеждане на обучението и придобиване на специалност в системата на здравеопазване са определени в наредба на министъра на здравеопазването, [7] съгласувана с министъра на образованието и науката, и с министъра на финансите. Но между закона и наредбата съществува информационен вакуум, наречен национална здравна стратегия. [8]

В Закона за здравето е записано, че ежегодното определяне на броя на местата за следдипломно обучение по специалности и финансирането на това обучение се определят в съответствие с целите и приоритетите на националната здравна стратегия. Законът е нормативен акт, който съдържа общи правила за поведение, затова той може да предвиди издаването на подзаконов акт, който да уреди детайлно материята. А в случая законът препраща към общите формулировки на националната стратегия и ако някой знае за нейното публикуване, то той се отнася скептично към изпълнимостта на описаните приоритети и цели, или както казва зам.-председателят на БЛС д-р Юлиан Йорданов „лекарите имат усещането, че нищо от написаното няма да се случи”. *

Такава, каквато е, Наредба № 34 е нормативният акт, който урежда обществените отношения в процеса по придобиване на специалност в здравеопазването. Към министъра на здравеопазването се създават консултативни съвети за специализация по професионалните направления, които дават предложения и становища за решаването на проблеми и усъвършенстване на обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. Обучението се състои в усвояване на теоретични знания и практически умения по специалност, която обхваща обособен раздел на медицинската наука и практика и завършва с държавен изпит. Висшите медицински училища и националните центрове по проблемите на общественото

^{**} www.zdrave.net, „Основната слабост на стратегията е липса на финансова визия, смята д-р Юлиан Йорданов”, 26.2.2014 г.

здраве разработват, приемат и предлагат на министъра на здравеопазването за утвърждаване единна учебна програма по всяка специалност.

В зависимост от финансирането специализантите кандидатстват за записване и обучение по няколко вида места: финансирани от държавата, срещу заплащане, финансирани от друг източник, за чужденци и места, заемани с конкурс по документи. Неоднозначно се възприема разпоредбата, че лице, прието на място, финансирано от държавата, се задължава след придобиването на специалност да постъпи на работа в лечебно или здравно заведение, определено от министъра на здравеопазването. Притиснати от обстоятелството, че не разполагат със средства за покриване на елементарните си разходи, при кандидатстване специализантите предпочитат местата по т. нар. държавна поръчка, но при дипломирането си семейните планове и намерения за професионална реализация много често се разминават с това, което следва ако приемат предложената им работа. Другата гледна точка е, че щом се разходват публични средства, то трябва да се заеме вакантно място, за което няма кандидати и назначаването на лекар специалист на това работно място ще задоволи определени обществени потребности. Сближаване на двете позиции трябва да се търси в квотния принцип при кандидатстването – кандидатства се за място в точно определено лечебно заведение.

Министърът на здравеопазването ежегодно определя **броя на местата за специализанти** и издава заповед с разпределение по видове места, по обучаващи институции и по специалности. Процедурата, която предхожда издаването на тази заповед започва с ежегодно представяне в регионалните здравни инспекции на информация за потребностите от специалисти във всички лечебни и здравни заведения и на предложенията на обучаващите институции, в зависимост от капацитета на базите за практическо обучение. Въз основа на събраната и обобщена информация регионалните здравни инспекции съвместно с районните колегии на съсловните организации изготвят и представят на министъра на здравеопазването анализ на състоянието на специалистите в областта на здравеопазването. Процедурата за определяне броя на местата за специализация следва управленската логика за планиране на потребностите „отдолу – нагоре”, т.е. лечебните заведения представят информация за наличните вакантни места и очакваното освобождаване на длъжности след пенсиониране или по други причини, и изготвят предложение за брой специализанти, които след получаване на специалност могат да заемат тези длъжности. Реално обаче броят на местата за специализанти зависи от предложенията „отгоре” на обучаващите институции и ако няма механизъм за удовлетворяване на интересите на всички страни в процеса, предложенията ще бъдат за много по-малък брой специализанти, отколкото е капацитета на базата за обучение.

Друг въпрос, който вълнува специализантите е **приемния изпит за започване на обучение** по определена специалност. Една част от тях са за премахване на приемния изпит, друга възразяват, защото са на мнение, че класирането по успех от дипломата за магистър по медицина не отразява качествата и способностите на кандидатите. В изявление от министерството, преди предстоящото публикуване на поредната промяна в наредбата, се казва, че предстои либерализация на режима и премахване на приемния изпит за специализантите.

След успешно положен конкурсен изпит и извършено класиране, зачислените специализанти подписват **тристранен договор** със съответния медицински университет и с обучаващата институция. Клаузите в договора се отнасят за мястото, продължителността и условията за прекъсване и прекратяване на обучението; задължението да се изпълнява учебния план; да се явяват на колоквиуми и да се проведе практическо обучение; размерът на получаваното възнаграждение от лицата, които са спечелили конкурс на място, финансирано от държавата или за платено обучение, стойността на обучението за лицата, които са спечелили конкурс на място срещу заплащане, както и ползването на отпуск от 20 до 30 работни дни.

Този договор не може да бъде определен нито като трудов договор или договор за повишаване на квалификацията по Кодекса на труда, нито като граждански договор по Закона за задълженията и договорите, защото:

- няма договаряне със специализанта за работата, която трябва да извършва; за работното време и условията, при които ще работи; за начина, по който ще се отчита изработеното; за дължимото трудово възнаграждение за резултата от труда, за отговорността при неизпълнение на трудовите задължения;

- няма страни по трудовото правоотношение, които да договорят повишаване на квалификацията на работника или служителя, или на лице, което се подготвя за работа при работодателя;

- няма работа, която може да бъде извършена законосъобразно от специализанта във време, което той прецени; по начин, за който има компетентност; с резултат, за който носи отговорност.

При трудовото правоотношение се извършва работа при условия и ред, определени от работодателя (в случая това трябва да бъде изпълнителният директор на университетската болница), като предварително са регламентирани изискванията към служителя (специализанта), условията на труд, вътрешния ред, работното време, почивките и отпуските, заплащането и др. Дейността се осъществява за сметка на работодателя, затова и крайният резултат му принадлежи. Отношенията по предоставянето на работна сила се уреждат само като трудови правоотношения (чл. 1, ал. 2 от КТ), със сключен писмен трудов договор (чл. 62, ал. 1 от КТ). [9]

Договорът за повишаване на квалификацията и за преквалификация (чл. 234 от КТ) изисква страните да имат сключен трудов договор или споразумение, да има длъжност, която заема работника или служителя, за да се договори придобиване на квалификация по друга професия или специалност (преквалификация). Отношенията със специализантите не могат да бъдат уредени и като договор за квалификация с лице, което не работи (чл. 235 от КТ), защото изискването по този член е лицето да се подготвя за работа при работодателя след завършване на обучението, а университетската болница/базата за обучение не може да е бъдещо работно място за всички специализанти, които се обучават в нея.

При гражданския договор се дължи определен трудов резултат – изпълнителят извършва на свой риск работа, за която притежава необходимата компетентност и знания, като сам определя мястото, времето и начина на изпълнение. Българското право лишава специализиращият лекар от възможност да осъществява медицинска дейност и да поеме самостоятелна отговорност, като допуска само за целите на обучението извършването на определени дейности, процедури и манипулации под ръководството на лекар с придобита специалност. Поради тази правна регламентация специализантът не може да предостави завършен продукт и да сключи граждански договор. Освен това страните не могат да прикриват трудов договор с граждански (чл. 17, ал. 1 от ЗЗД). [10]

До момента, в който започнат да се сключват трудови договори вместо или успоредно с тристранните договори за обучение, времето на специализация ще се зачита за трудов стаж по силата на изричната норма на специалния закон (чл. 180, ал. 4 от ЗЗ) и ще се доказва с документ от обучаващата институция пред бъдещите работодатели за изплащане на допълнително възнаграждение за трудов стаж и професионална квалификация. [11] Ще се ползват права от общественото осигуряване – обезщетения за временна неработоспособност, бременност и раждане, отглеждане на малко дете и др., [12] но специализантите, които са приети на места, финансирани от други източници трябва да се самоосигуряват.

Към специалните норми за трудовия стаж и осигуряването на специализантите Наредба № 34 въвежда изрична регламентация и за работното време и отпуските. Тъй като договорът за обучение не е трудов в наредбата се употребява термина „пълна ежедневна продължителност на практическото обучение“, а не „работно време“. Поради тази причина не може да се претендира за извънреден труд, положен от специализанта. Тази ежедневна продължителност може да бъде по време на дежурство на лекар с призната специалност, под чието ръководство специализанта осъществява дейност, да присъства на визитации, операции и др. в зависимост от учебния план и по преценка на научния ръководител, а не на работодателя. Специализантите имат право на платен годишен отпуск в размер не по-малък от 20 и не по-голям от 30 работни дни.

Зад тази привидно изчерпателна правна уредба на статуса се крият действителните проблеми на специализантите. На практика по време на обучението **специализантите полагат труд и имат задължения**, като работещите по трудов договор - в рамките на работно време дават дежурства и полагат нощен труд, извършват прегледи, изследвания, манипулации, операции, визитации и оформят медицинската документация, защото са с магистърска степен и право да упражняват медицинска дейност. Но **специализантите нямат права по отношение на полагания труд** – не са гарантирани правата им, свързани със спазването на изискванията за продължителността на работното време, ползването на задължителната междудневна и седмична почивка и на храна за 12-часовите дежурства, увеличеното заплащане на нощния труд и работата през официални празници, допълнителното възнаграждение за придобит трудов стаж и професионална квалификация, ползването на допълнителен платен годишен отпуск и застраховка за професионален риск. Все права, които могат да се ползват само при наличие на трудов договор.

Платените специализанти са в още по-неравностойно положение – освен, че са лишени от права по отношение на полагания от тях труд като лекари магистри в университетските болници, те заплащат стойността на обучението.

Много често, за да могат да се издържат, специализантите работят по трудов договор с лечебно заведение, като в тези случаи изобщо не може да им се осигури защита по отношение на продължителността на работното време – през деня работят в университетската болница, а през нощта дават дежурства по трудовото правоотношение, или обратно.

За да бъдат законосъобразни медицинските дейности, извършени от специализанти, медицинската документация се преподписва от лекар със специалност, а самостоятелните дежурства са документално оформени с вписване на името на лекар със специалност в графика.

Изискванията към специализанта, съгласно директивата [13] и българския закон за признаване на професионални квалификации, са лично участие в дейността на клиничната база (отдаване на работна сила) през цялата работна седмица и през цялата година (в рамките на определено от работодателя работно време), изпълнение на предвидените процедури (по определена от работодателя технология), и напълно отговарят на основните характеристики на трудовото правоотношение. Неприлагането на трудовоправните норми в отношенията между специализиращите и университетската болница/базата за обучение по повод предоставяната работна сила създава проблем и за **университетската болница/база за обучение**:

- на специализантите не може да им бъде възложена работа, защото обучаващата институция няма право да ги включва в списъка на лекарите, които работят по договор със здравната каса;

- спрямо специализиращите лекари не може да бъде осъществяван необходимият контрол по отношение на количеството и качеството на извършваната от тях работа, спазване на работното време, вътрешния ред и не може да бъде търсена дисциплинарна отговорност;

- на лекарите специализанти, приети на места срещу заплащане им се изплаща възнаграждение в размер на две минимални работни заплати от средствата за трудови възнаграждения на персонала на университетската болница/базата за обучение.

Съществуващата регулация и регламентация на обществените отношения по повод придобиване на медицинска специалност прехвърля голяма част от финансовата тежест към университетските болници/базите за обучение. Тези болници нямат субсидия или друго целево финансиране на обучението и покриват всичките си разходи (за издръжка, лекарства, медикаменти, заплати и др.) от приходите за изпълнени клинични пътеки. Публично известно е, че клиничните пътеки не покриват реалните разходи и болниците задължняват към доставчиците. За да съществуват университетските болници са принудени да съкращават разходите си и много често към минимизирания брой персонал се прибавя естественото текучество на кадри, което затруднява изпълнението на графика и предоставянето на постоянна медицинска помощ. В тази ситуация университетската болница не може официално да ползва възможностите и желанието за работа на специализантите, нито за самостоятелни дежурства, нито за извършване на друга медицинска дейност. Защото специализантът може само да дублира дежурство на лекар със специалност, а при проверка от НЗОК ще отпадне заплащането на клинична пътека, по която има извършена процедура или манипулация от лекар специализант. И въпреки, че не постъпва нито един лев приход за извършена от специализантите дейност университетската болница е длъжна да плаща на тези от тях, които са приети на места срещу заплащане, две минимални работни заплати за страната и да ги осигурява. С размера на средствата за работна заплата на специализантите се намаляват средствата за заплащане на допълнителните възнаграждения на персонала, което всъщност създава най-сериозния конфликт, демотивира преподавателите да поемат научно ръководство, а работодателите да планират места за обучение на специализанти, приети на места срещу заплащане.

Платените специализанти от своя страна заплащат на медицинския университет по 180 лв. на месец такса за издръжка на обучението си, а от тази такса в университетската болница се връщат само 54 лв.

След двугодишен нулев прием на специализанти, поради липса на законово основание, издадената пред декември 2006 г. Наредба № 34 е променена десет пъти и в началото на 2014 г., след обществена дискусия и обсъждане в Комисията по здравеопазването [14] бяха направени предложения за нови промени. От изявленията в тази връзка се разбира, че идеята за пълна либерализация на специализациите по медицина, всъщност се отнася само до отпадане на конкурсните изпити за някои специалности,

категориите специализиращи и вероятно таксите за обучение, * което не решава управленските проблеми на системата, свързани с институционалната структура и отговорности, с правоотношенията между субектите и с финансирането на процеса по придобиване на специалност от лекарите.

5. Модел на системата за медицинска специализация в България

Причините за неефективността на процеса по придобиване на специалност от лекарите могат да бъдат разделени в три направления:

- първото, проблеми на институционалната структура на системата за следдипломна квалификация на лекарите;
- второто, проблеми в регулацията и регламентацията на правоотношенията между субектите в процеса на придобиване на специалност от лекарите, и
- третото, проблеми във финансирането на теоретичното и практическо обучение и ефективното разпределяне на финансовия ресурс.

Тези проблеми се дължат на централизирания модел, при който:

- държавата чрез министъра на здравеопазването, определя броя на местата за специализанти и разпределя ограничени финансов ресурс на медицинските университети, без да съществува конкуренция между тях,
- върху университетската болница/базата за обучение са преразпределени социални отговорности, превишаващи функциите ѝ на обучаваща институция;
- специализантите са лишени от правоспособност и са изключени за около четири-пет години от практиката в здравния сектор, защото техният статус е „**обучаващ се лекар**”.

За разлика от страни като Германия, където всеки абсолвент може да започне работа и да получава заплата като асистент-лекар. Ограничението в Австрия за лекарите без специалност е, че могат да работят само в болница, без право на самостоятелна практика.

Нашата традиция в областта на медицинската специализация също е пример за добра практика, като за периода 1950 - 1972 г. всеки лекар, успоредно с работата си в болница или поликлиника, е специализирал в Института за специализация и усъвършенстване на лекарите /ИСУЛ/. Още през 50-те години са съставени учебни планове за специализанти, въведена е клиничната ординатура и изпит по специалността, броят на хабилитираните и нехабилитираните преподаватели е бил значителен. ИСУЛ бързо получава международно признание като научен център, но се развива и като водещ в лечебната дейност, с прилаганите нови диагностични и лечебни методи.

Следвайки препоръките на Европейската комисия за възприемане на най-добрите практики за усъвършенстване на професионалното обучение и квалификация на работещите в областта на здравеопазването и подобряване на тяхното възнаграждение, е необходимо в нашата правна система да се облекчи достъпа до професията лекар и да се регламентира статуса на „**практикуващ лекар-специалист**”.

Следващият етап на развитие и въвеждането на нови управленски практики, имащи отношение към условията и реда за придобиване на медицинска специалност, трябва да отразяват и променената обществено-икономическа, демографска и технологична ситуация, като се регламентира и стандартизира:

- използването на новите технологии за освобождаване на сектора и на медицинските специалисти от несвойствените задължения, за да се подобряват условията на работа в здравеопазването;
- прилагането на постиженията на медицинската наука и технология при обучението и работата от разстояние, за да се решават проблемите с липсата на квалифицирани медицински специалисти в определени райони;
- преференциите за работодателите, които инвестират в обучение и преквалификация при въвеждането на нови технологии, за да се насърчават политиките за развитие на човешкия потенциал в здравеопазването.

Необходима е: **отмяна на държавната регулация** в досегашната система и **делегиране на права на съсловната организация** да организира, координира и контролира процеса по придобиване на

** „Обещават на лекарите свободен достъп до специализация”, Анна Ботинова, в-к „24 часа”, 27.02.2014 г.

специалност; **нова структура на институциите**, в които се изучава специалност; **нова правна и финансова рамка** на управленския процес по придобиване на медицинска специалност в системата на здравеопазване, като след проучване и анализ на основните институционални, правни и финансови параметри на функциониращата система за придобиване на медицинска специалност в България и в страните-членки, и в съответствие с националната традиция и практика, се регламентира **нов модел на следдипломна квалификация**, с цел:

- **да се гарантира** адекватно на съвременните условия развитие на професионалните знания и практически умения на лекарите в избрана от тях медицинска специалност, равномерно разпределение на необходимите медицински специалисти на територията на страната, конкуренция между доставчиците на образователна услуга в системата за следдипломно обучение, вътрешна гъвкавост за адаптиране дейността на лечебните заведения към повишеното търсене на медицинска помощ, в условията на ограничен обществен ресурс и в съответствие със стандартите за качество на трансграничните здравни услуги;

- **да се промени** регулаторната рамка в системата за следдипломно обучение и да се отстранят съществуващите ограничения по отношение на конкуренцията, ефективността и новаторството,

- **да се подобри** координацията между държавата, обучаващите институции и работодателите в здравеопазването при управление на дейността по придобиване на медицинска специалност;

- **да се създадат** условия за подобряване на работната среда и неутрализиране на негативните последици от миграцията чрез привличане на лекари специалисти от чужбина за работа у нас и увеличаване на относителния дял на завърналите се българи в сравнение с тези, които заминават да практикуват лекарска професия в друга страна;

- **да се подобри ефективността** на системата за придобиване на специалност в здравеопазването при спазване на регулаторните механизми, включващи системи за издаване на разрешения и признаване на професионална квалификация.

Характеристиките на предлагания децентрализиран модел на система за придобиване на медицинска специалност - **модел на практикуващия лекар-специализат**, са следните:

- отговорността за квалификацията и специализацията на практикуващите лекари е на съсловната организация, определена от Конституционния съд като корпорация на публичното право, [15] която разполага с известни публичноправни функции за организиране, контрол и дисциплинарна власт спрямо лекарите;

- броят на специализантите се определя в зависимост от потребностите на лечебните заведения;

- специализантите сключват трудов договор с лечебното заведение, в което се полага труд;

- успоредно с медицинските университети се създават самостоятелни научни институти за следдипломно обучение и квалификация на лекарите;

- финансовите средства на държавата за издръжка се разпределят на обучаващите институции за практическо обучение, пропорционално на броя на специализантите;

- финансовите средства за възнаграждения (стипендии) се разпределят съгласно националната здравна карта и потребностите от медицински специалисти.

Новият модел отстранява факторите за неефективност на системата за придобиване на специалност, изразяващи се в следното:

- централно определяне на потребностите и разпределяне на финансовия ресурс;

- липса на конкурентен пазар на следдипломна образователна услуга;

- получаването на правоспособност в края на обучението за специалност чрез полагането на изпит;

- отдаване на работна сила без трудово правоотношение;

- прехвърляне върху университетската болница/базата за обучение финансирането за собствена сметка на възнагражденията (стипендиите) на специализантите, платено обучение.

Негативните последици от функциониращия централизиран модел - модел на обучаващия се лекар, са свързани с:

- дефицит на лекари специалисти;

- демотивиране на лекарите да специализират в страната;

- нарушаване на устойчивостта и конкурентоспособността на националната система на здравеопазване.

6. Въздействие на промените върху обществените отношения и управлението на системата за медицинска специализация в България

По отношение на **институционалната структура** на системата:

I.1. качеството на следдипломната образователна услуга в здравеопазването ще се подобри, ако успоредно със съществуващите медицински университети и медицински факултети бъдат създадени нови образователни институции - самостоятелни научни институти за следдипломно обучение в здравеопазването;

I.2. безопасността на пациентите ще бъде гарантирана в по-голяма степен, ако специалистите работят по трудово правоотношение и държавата делегира правата на съсловната организация на лекарите в България да планира, координира и контролира дейностите по провеждане на следдипломно обучение за придобиване на специалност от медицинските специалисти;

I.3. сигурността и устойчивостта на националната здравна система ще бъде осигурена чрез включване на работодателите в здравеопазването в кръга на субектите на системата за придобиване на медицинска специалност.

По отношение **правната регулация и регламентация** на системата:

II.1. функциите по управление на системата за медицинска специализация трябва да бъдат разпределени между политическия орган (държавата) и независимия регулаторен орган (съсловната организация на лекарите);

II.2. статутът на научна организация в здравеопазването по Закона за висшето образование е съвместим със статута на лечебно заведение по Закона за лечебните заведения;

II.3. статусът на лекар-специализант дава право да се извършва медицинска дейност в лечебно заведение за болнична помощ или групов практика в извънболничната медицинска помощ.

По отношение на **финансирането** на системата и **преференциите**:

III.1. децентрализирането на неprisъщите за съвременната държава оперативни дейности по планиране, координиране и контролиране на процеса по придобиване на медицинска специалност, не означава отказ от държавно финансиране на следдипломното обучение;

III.2. въвеждането на данъчни и социални преференции ще стимулира заетостта и създаването на работни места за лекари-специализанти в лечебни заведения, осъществяващи дейност в непривлекателни райони на страната;

III.3. субсидията и средствата за работна заплата на лекарите-специализанти трябва да се изключват при образуване на средствата за работна заплата на останалия персонал в лечебните заведения, търговски дружества с над 50 на сто държавно или общинско участие в капитала.

7. Заключение

Прогнозата за недостиг на кадри в медицината може да се свърже с липсата на специфичен подход при управлението на човешкия потенциал в здравеопазването, защото професията лекар има характерна особеност – за разлика от всички останали професии по научни направления, обучението по медицина няма степен бакалавър, задочна и дистанционна форма на обучение и специализация в рамките на магистърската степен. Отличава се и от другите регулирани професии в здравеопазването – лекарите по дентална медицина, обществено здраве, медицинска сестра, акушерка, медицински специалисти – изброените професии получават правоспособност да упражняват професията след завършване на магистърска степен по дентална медицина, бакалавърска или магистърска степен по обществено здраве, медицинска сестра, акушерка, медицински специалист, за разлика от лекаря, който придобива право да упражнява самостоятелно професията след допълнително обучение по съответна медицинска специалност.

Неблагоприятните условия в системата за следдипломно обучение на лекарите са свързани и с прилагането на специална законова уредба на статуса на лекарите специализанти, с което не се гарантират някои от основните субективни права на завършилите магистърска степен по медицина, а именно правото на достъп до специализация на всички завършили магистри по медицина; правото на възмезден труд, почивки и отпуски, и правото на професионална защита на лекарите специализанти.

За подобряване условията на работа на медицинските специалисти е необходимо държавата да делегира права на съсловната организация на лекарите, да облекчи достъпа до лекарската професия и да благоприятства прилагането на съвременни управленски подходи за насърчаване на конкуренцията между лечебните заведения и провежданата от тях фирмена политика за подбор, създаване, мотивиране и развитие на човешките ресурси.

Литература

1. Зелена книга за работната сила в здравния сектор в Европа, СОМ(2008) 725 окончателен, 10.12.2008.
2. Закон за висшето образование, обн., ДВ, бр. 112 от 27.12.1995 г., последно изм. и доп., ДВ, бр. 101 от 22.11.2013 г., в сила от 1.01.2014 г.
3. Закон за здравето, обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г., в сила от 1.01.2005 г., последно изм. и доп., бр. 1 от 3.01.2014 г., в сила от 3.01.2014 г.
4. Закон за признаване на професионални квалификации, обн., ДВ, бр. 13 от 8.02.2008 г., в сила от 8.02.2008 г., последно изм., ДВ, бр. 68 от 2.08.2013 г.
5. Постановление № 162 от 20 юни 2001 г. за определяне на диференцирани нормативи за издръжка на обучението за един студент по професионални направления, обн., ДВ, бр. 59 от 3 юли 2001 г., последно изм. и доп., ДВ, бр. 6 от 22.01.2013 г.
6. <http://www.mh.government.bg/>, Концепция за реструктуриране на болничната помощ на Република България.
7. Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 23.01.2007 г., в сила от 1.01.2007 г., последно изм., ДВ, бр. 73 от 20.08.2013 г.
8. Национална здравна стратегия 2008-2013 година, обн., ДВ, бр. 107 от 16.12.2008 г. и Национална здравна стратегия 2014 – 2020, приета с Решение № 27 на МС от 21.01.2014 г.
9. Кодекс на труда, обн., ДВ, бр. 26 от 1.04.1986 г. и бр. 27 от 4.04.1986 г., в сила от 1.01.1987 г., последно доп., ДВ, бр. 1 от 03.01.2014 г., в сила от 01.01.2014 г.
10. Закон за задълженията и договорите, обн., ДВ, бр. бр. 275 от 22.11.1950 г., в сила от 1.01.1951 г., последно доп., ДВ, бр. 50 от 30.05.2008 г., в сила от 30.05.2008 г.
11. Наредба за структурата и организацията на работната заплата, приета с ПМС № 4 от 17.01.2007 г., обн., ДВ, бр. 9 от 26.01.2007 г., последно доп., ДВ, бр. 49 от 29.06.2012 г., в сила от 01.07.2012 г.
12. Кодекс за социално осигуряване, обн., ДВ, бр. 110 от 17.12.1999 г., в сила от 1.01.2000 г., последно доп., ДВ, бр. 1 от 03.01.2014 г., в сила от 01.01.2014 г.
13. Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 7.9.2005 г. относно признаването на професионалните квалификации.
14. 15. <http://www.parliament.bg/>, Протокол № 16 от 30.01.2014 г. от редовно заседание на Комисията по здравеопазването, т. 3 от дневния ред.
16. Решение № 29 от 11.11.1998 г. на КС на РБ по конст. д. № 28/98 г., обн., ДВ, бр. 135 от 1998 г.

ПРОБЛЕМЪТ СЪС СПЕЦИАЛИЗАНТИТЕ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВОТО „РАБОТА ОТ РАЗСТОЯНИЕ” НА ЛЕКАРИТЕ¹⁶

¹⁶ За цитиране: Кондева, Сн., „*Специализанти и предизвикателството „работа от разстояние” на лекарите*”, доклад в XII Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 14” - Стопански факултет на ТУ- София, секция „Мениджмънт на човешките ресурси”, гр. Созопол, 22.06.2014 г.

THE PROBLEM WITH THE RESIDENT PHYSICIANS AND THE CHALLENGE OF „DISTANCE WORK" FOR THE PHYSICIANS

Snezhana Kondeva

Part-time lecturer in the Faculty of Economics and Business Administration at Sofia University "St. Kliment Ohridsky", Bulgaria, snkondeva@abv.bg

Summary: *The increased requirements of the medical standards on the level of competence of the healthcare structures and on the number of medical specialists who may work under one main employment contract in them, have led to closure of medical institutions in the remote areas of the country. These requirements were added to the already existing restriction for the medical specialists to work under not more than two labor contract with the health insurance fund - one for hospital and one for non-hospital care, as well as to the prohibition for the resident physicians to carry out medical activities, paid from the health insurance budget. This deepened the sustainability problem of the national healthcare system.*

Key words: *work force in the healthcare sector, status of the resident physicians, telemedicine, distance practicing of the medical profession*

1. Въведение

Завишените изисквания на медицинските стандарти относно нивото на компетентност на лечебните структури и броя на лекарите специалисти, които трябва да работят на основен трудов договор в тях, доведоха до закриване на лечебни заведения в отдалечени райони на страната. Тези изисквания се добавиха към съществуващото вече ограничение за работа на лекарите специалисти по два трудови договора със здравната каса - по един в болничната и извънболничната помощ, както и към забраната лекарите специализанти да извършват медицински дейности, заплащани от бюджета на здравното осигуряване. С това се задълбочи проблемът с устойчивостта на националната система на здравеопазване и с достъпа до медицинска помощ на населението, защото бяха закрити общински болници, а други сключиха договори с Националната здравноосигурителна каса за ограничен брой клинични пътеки, поради липса на лекари специалисти.

Целта на настоящия доклад е да се опише спецификата на лекарската професия и адаптирането ѝ към новите обществено-икономически и технологични реалности, и практикуването на лекарската професия от разстояние.

2. Специфика на лекарската професия

Поради социализацията на лекарския труд, делът на свободно практикуващите лекари прогресивно намалява, а свободата на лекарската професия се превръща в конфликтна точка в трудовите правоотношения и договарянето на здравноосигурителните дейности, защото:

При *свободната лекарска практика* има взаимоотношение между търсещия медицинска помощ и предлагащия такава. Лекарят осъществява дейност за собствена сметка. Пациентът отива при лекар, който според него му е необходим и за компетентността на когото заплаща с лични средства, а лекарят запазва правото си на независимост в преценката и начина на предоставяне на здравната услуга. Понеже това са асиметрични взаимоотношения е възможно лекарят да преувеличи сериозността на здравословния проблем и в желанието си да угоди на пациента да извърши повече от необходимото, но отговорността за обема на предоставената медицинска помощ и услуга е на пациента, защото той сам е направил този избор и е извършил плащането.

Външната намеса в отношенията между лекаря на свободна практика и неговия пациент е минимална – държавата, чрез задължителната регистрация на лекарите – физически лица в БУЛСТАТ или в Търговския регистър, осигурява безопасността на пациента и предоставянето на здравна услуга от правоспособен лекар със съответна медицинска специалност в помещение, отговарящо на хигиенните норми и изисквания на медицинския стандарт; Българският лекарски съюз, чрез задължителното членство, осигурява контрол върху спазването на правилата за добра медицинска практика в съответната специалност и поддържането на професионалната квалификация на лекаря.

Организацията на диагностично-лечебния процес и грижата за пациентите в *лечебното заведение* налага работодателите да наемат персонал, с който могат да осигурят предоставянето на постоянна, безопасна и качествена здравна услуга, като същевременно поемат отговорността за действията или бездействието на лекарите, с които са в трудово правоотношение, както и за удовлетвореността на пациентите.

Както е известно основната характеристика на трудовото правоотношение е, че се извършва работа при условия и ред, определени от работодателя в рамките на закона. Предварително са регламентирани: изискванията към работната сила по отношение на образование, квалификация, стаж и брой в зависимост от потребностите на осъществяваната дейност; условията на труд, вътрешния ред, работното време, почивките и отпуските, заплащането „от – до“ за съответните длъжности и други условия и изисквания, ако не противоречат на императивни разпоредби. Дейността се осъществява за сметка на работодателя, затова и крайният резултат му принадлежи. [1]

Работодателят в здравеопазването обаче не може субективно да определя изискванията, правата и задълженията в длъжностните характеристики, защото трудовото договаряне е детерминирано от медицинските стандарти, изискванията за професионална квалификация на регулираните професии, условията на Националния рамков договор, осигуряването на постоянен достъп до медицинска помощ и от нивото на компетентност.

В стационарните лечебни заведения това означава, че:

- медицинска дейност може да бъде извършвана само от лекар с придобита специалност в определена област на медицината, включително и по време на дежурство;
- броят на лекарите със специалност в съответната структура трябва да отговаря на минималните изисквания в медицинския стандарт и осигуряването на 24-часов работен график;
- лекарите със специалност трябва да работят по основен трудов договор с лечебното заведение за болнична помощ;
- медицинските специалисти, работещи в отделение или клиника за спешна медицинска помощ, имат задължение да са на разположение на работодателя на място извън лечебното заведение и при необходимост да се явят на работното си място.

Регламентирането на медицинската дейност на ниво лечебно заведение трябва да очертае рамката, в която лекарят има право на професионална независимост и лична свобода за осигуряване на медицинска помощ и грижи в рамките на трудовото правоотношение и може да лекува пациентите си без външно влияние или намеса върху неговата професионална оценка, решения и действия, като поеме отговорността за това. [2]

Конфликтът възниква от разминаване в интересите на лекарите и работодателите - лекарите се стремят да запазят правото си свободно да определят необходимото и достатъчно лечение съобразно състоянието на болния, посредством методите и средствата, за които имат компетентност, и да получат удовлетворяващо възнаграждение за труда си, а работодателите да задоволят потребностите на пациента от качествена услуга, но себестойността ѝ да е под цената, която плаща здравната каса за неговото лечение. В масовия случай изпълнението само на задължителните диагностични и терапевтични процедури, включени в алгоритъма на клиничните пътеки, не е в противоречие с лекарската преценка. Но при други пациенти, ако не се направят допълнителни клинични изследвания и процедури и поради това настъпи неблагоприятно развитие на заболяването, лекарят ще носи отговорност за небрежно изпълнение на задълженията си. От друга страна, ако извърши допълнително изследване, хирургична интервенция или медицинска манипулация и от това настъпи усложнение или смърт, лекарят също ще носи отговорност затова, че е надценил ситуацията и способностите си.

Образно казано, даден лекар може да констатира клинична смърт на пациент и да отрази в медицинската документация и в информационната система часовете на изпълнените в шоквата зала на спешното отделение задължителни процедури и консултации. Може обаче да вземе решение в секундите и минутите между клиничната и физическата смърт да извърши медицински мероприятия за извеждане на пациента от шоковото състояние и възстановяване на кръвообращението. Отговорността в този случай е многократно по-голяма: лекарят рискува при неуспех да бъде обвинен, че е действал непрофесионално и пациентът е получил трайни мозъчни увреждания или е починал вследствие на лекарската намеса.

В този ред на мисли интерес представлява описаният от Ервин Лик [3] спор в асистентските кръгове още през 20-те години на миналия век: „Нека предположим, един лекар се повиква при родилка, чийто живот е застрашен от кръвоизливане. Той намира отпред стояща или здраво залепена плацентата и трябва да помогне. За нещастие той няма със себе си гумени ръкавици, а няма време за дезинфекциране на ръцете по изискваните правила. При все това, трябва ли да се опита да спаси болната чрез вътрешна намеса? За учудване мненията бяха разделени. Голямо число гласове бяха за това, да се държи високо, на всяка цена знамето на асепсиса, т.е. да се остави болната да умре от кръвоизливане.”

При сключване на договор със *здравноосигурителната каса* лечебните заведения за болнична помощ се задължават да извършват за сметка на здравното осигуряване стационарна медицинска дейност само в случаите, когато лечебната цел не може да бъде постигната в извънболничната помощ.

Здравната каса се стреми да свие разходите си като наложи в Националния рамков договор административни ограничения за изпълнителите на болнична помощ и следи за тяхното спазване:

- въведени са критерий за хоспитализация в алгоритъма на всяка клинична пътека – при проверка и констатирана ненужна хоспитализация не се заплаща стойността на клиничната пътека и се налага административна санкция;

- наложено е ограничение за работа само по едно трудово правоотношение в болничната и извънболничната помощ – при едновременно отчитане на медицинска дейност от един и същи лекар, след проверка и констатиране в кое лечебно заведение реално е бил на работа, на другото лечебно заведение се налага административна санкция за отчитане на дейност, която не е извършена;

- забранено е извършването на медицинска дейност по клинична пътека от лекар специализант – при проверка и констатирано нарушение не се заплаща стойността на клиничната пътека, ако има извършено изследване, процедура, манипулация или попълнена медицинска документация от лекар без специалност;

- императивно е изискването всяка извършена медицинска дейност да бъде отразена в медицинската документация – при проверка и констатирани непълноти в медицинската документация, независимо от това, че реално е проведено лечение, не се заплаща стойността на клиничната пътека и на лечебното заведение се налага санкция.

Тази регламентация и санкции не винаги могат да доведат до намаляване на публичните разходи, защото постоянно съществува възможност лекарят да повлияе на своите пациенти и без това да бъде в ущърб на тяхното лечение те да бъдат хоспитализирани по клинични пътеки, които са по-добре платени от здравната каса. Медицинската статистика в последните години отчита увеличаване на специализираните лечебни заведения и респективно на заболяванията, изискващи прилагане на високотехнологични и инвазивни методи в кардиохирургията. Причината е по-високата цена, която НЗОК заплаща по тези клинични пътеки и за високоспециализирана кардиологична дейност.

Проблемът с изкривяване на данните за заболяемостта на населението и увеличаването на публичните разходи съпътства съвременните здравноосигурителни системи и затова здравната политика трябва да се насочи към профилактиката и подобряване на достъпа до специализирана извънболнична медицинска помощ, като по този начин ще се намали ресурса, необходим за активно стационарно лечение на заболяванията. Впрочем насочването на независимото лекарско решение в една или друга посока, в зависимост от интересите на здравното или на лечебното заведение, не е новост в медицинската практика - ако се върнем назад в хрониката на съсловното списание на лекарите от 1940 г. може да прочетем, че от около 2 000 операции в Павликенската кооперативна болница, 1 000 болни са оперирани от апендицит, като се споменава и за „... населени места у нас, дето населението е останало без апендикси”. [4]

3. Проблемът със специализантите и неравномерното разпределение на лекарите специалисти в болничния сектор

Основните проблеми могат да бъдат систематизирани в няколко направления: проблеми за лекарите специализанти, за лекарите специалисти, за университетските болници, за общинските болници и за здравната каса.

Статусът на *лекарите специализанти* се урежда изцяло от специални правни норми, по силата на които лицата, завършили магистърска степен по медицина се „задържат” в сферата на образованието и не се използват пълноценно на пазара на труда в здравеопазването. На тях законодателството им отрежда ролята

на наблюдатели на лечението на болни в университетските болници, извършването на изследвания и медицински процедури под наблюдение и даването на дежурство заедно с лекар специалист. В действителност нещата са коренно различни – специализантите извършват медицинска дейност, включително и оформяне на медицинска документация, но за изпълнител се подписва лекар със специалност, дават самостоятелни дежурства, но в работния график фигурира и името на лекар със специалност, който е в трудово правоотношение с работодателя, работят понякога без почивка и дежурят в официални и празнични дни, без да получават възнаграждение за извънреден труд, защото нямат трудов договор, т.е. извършват дейност на собствен риск.

Лекарите специалисти работят на динамичен график и поради липса на достатъчно персонал постоянно се нарушава максималната продължителност на работното им време, задължителните дневни и седмични периоди за почивка. Решаването на проблема с работното време, времето на разположение и компенсационната почивка на медицинските специалисти се затруднява от наложените критерии за качество на здравната услуга – изискванията за повсеместно здравно обслужване и съкращаване на времето за достъп до медицинска помощ, или предоставяне на здравна услуга навсякъде и по всяко време. Към натоварването от многото часове извънреден труд се добавя и емоционалното натоварване и изтощение при лечението на тежко болни пациенти и развиването на чувство за липса на контрол и безсилие да променят нещата. Лекарите специалисти са най-рисковия персонал по отношение развитието на поведенческия синдром на професионално изчерпване „Бърнаут”. Характерно за придобилите този синдром е чувството им за емоционално изтощение и умора, което се изразява в отсъствие на емоционални реакции, нервност и подозрителност към колеги, цинични нагласи и чувства към пациентите, за които се грижат, а самите те страдат от безсъние, увеличават употребата на алкохол и имат семейни проблеми. Наблюдава се намален интерес към работата, снижена работоспособност и увеличена критичност към работодателя.

Проблемите за *университетската болница* са свързани с липсата на трудово правоотношение със специализантите - на специализантите не може да им бъде възложена работа, защото обучаващата институция няма право да ги включва в списъка на лекарите, които работят по договор със здравната каса; спрямо специализиращите лекари не може да бъде осъществяван необходимият контрол по отношение на количеството и качеството на извършваната от тях работа, спазване на работното време, вътрешния ред и не може да бъде търсена дисциплинарна отговорност; на лекарите специалисти, приети на места срещу заплащане им се изплаща възнаграждение в размер на две минимални работни заплати от средствата за трудови възнаграждения на персонала на университетската болница.

Съществуващата регулация и регламентация на обществените отношения по повод придобиване на медицинска специалност прехвърля голяма част от финансовата тежест към университетските болници. Тези болници нямат субсидия или друго целево финансиране на обучението и покриват всичките си разходи (за издръжка, лекарства, медикаменти, заплати и др.) от приходите за изпълнени клинични пътеки. Публично известно е, че клиничните пътеки не покриват реалните разходи и болниците задължняват към доставчиците. За да съществуват университетските болници са принудени да съкращават разходите си и много често към минимизирания брой персонал се прибавя естественото текучество на кадри, което затруднява изпълнението на графика и предоставянето на постоянна медицинска помощ. В тази ситуация университетската болница не може официално да ползва възможностите и желанието за работа на специализантите, нито за самостоятелни дежурства, нито за извършване на друга медицинска дейност. Защото специализантът може само да дублира дежурство на лекар със специалност, а при проверка от НЗОК ще отпадне заплащането на клинична пътека, по която има извършена процедура или манипулация от лекар специалист. И въпреки, че не постъпва нито един лев приход за извършена от специализантите дейност университетската болница е длъжна да плаща на тези от тях, които са приети на места срещу заплащане, две минимални работни заплати за страната и да ги осигурява. С размера на средствата за работна заплата на специализантите се намаляват средствата за заплащане на допълнителните възнаграждения на персонала, което всъщност създава най-сериозния конфликт, демотивира преподавателите да поемат научно ръководство, а работодателите да планират места за обучение на специалисти, приети на места срещу заплащане.

С най-голяма сила липсата на лекари със специалност се отразява върху *общинските болници* – минимален е интереса от страна на лекарите специалисти за работа в малките общини и отдалечените

райони в страната, поради което управителите на тези лечебни заведения са принудени да предлагат много по-високи заплати, отколкото получава един специалист в голям град. В истинския смисъл на думата борбата е да успеят да отговорят на изискването за лекар специалист на основен трудов договор, за да могат да сключат договор със здравната каса за работа по такъв брой клинични пътеки, приходите от които биха осигурили съществуването на болницата. Много от лекарите, които приемат предложението да работят в общинска болница са пенсионери и не са в състояние да работят през нощта, поради което осигуряването на непрекъснато лекарско дежурство е изключително трудно и отново за сметка на професионалното изтощение и умора.

4. Предизвикателството работа от разстояние на лекарите

„Работата от разстояние е форма за организиране на работа, изнесена извън помещения на работодателя, извършвана по трудово правоотношение чрез използването на информационни технологии, която преди изнасянето ѝ е била или би могла да бъде извършвана в помещенията на работодателя.” – това е дефиницията, дадена в новия Раздел на Кодекса на труда - VIIIб Допълнителни условия за извършване на работа от разстояние. [5]

Отнесена общо към стационарното лечение тази дефиниция звучи отблъскващо и много пациенти биха си задали въпроса защо не започна самолечение в интернет, след като в болницата ще ме лекува лекар от разстояние? Отговорът на този въпрос може да бъде предмет на отделно изследване, но за целта в настоящия доклад предложението е да се използва термина „медицинско обучение и консултация от разстояние”.

Предварителните условия, които трябва да бъдат създадени и нормативно уредени, са следните:

Първо, да бъде признато правото на лицата, завършили магистърска степен по медицина да осъществяват медицинска дейност в лечебно заведение за болнична помощ и да сключват трудов договор;

Второ, да бъде променена националната система за признаване на професионална квалификация за професията „лекар без специалност”;

Трето, да бъде даден статут на камара на Българския лекарски съюз и държавата да делегира отговорността на съсловната организация за осигуряване на високото равнище на знания и умения, притежавани от практикуващите лекари, за да се гарантира безопасността на пациентите;

Четвърто, да бъдат променени медицинските стандарти и определени степените на професионална квалификация на специализантите в зависимост от проведените модули на обучение в университетска болница;

Пето, да отпадне изискването в Националния рамков договор медицинските дейности по клинични пътеки да бъдат изпълнявани само от лекари със специалност.

Идеята е да бъде децентрализирана системата за придобиване на специалност в здравеопазването и лекарите да работят по трудов договор с лечебно заведение за болнична помощ успоредно с обучението си. Да имат присъствени модули в университетската болница и да получават поетапно професионална квалификация за самостоятелно извършване на медицински дейности до пълна правоспособност в края на обучението и полагането на държавен изпит.

При този модел се осигурява безопасна медицинска помощ и услуги чрез сключването на договори с ръководителя на специализанта и други професионалисти в съответната медицинска специалност за осъществяване на медицинско обучение и консултация от разстояние.

С въведените изисквания в медицинските стандарти, относно нивото на компетентност, лечебните заведения у нас (държавни, общински и частни) направиха големи инвестиции в медицинска апаратура, компютърна и комуникационна техника. Пренасянето на образи, направени с медицинската апаратура на болницата, използването на данни от информационната система, както и възможността за аудио и видео разговори с високо качество на картината, осигуряват надеждна информация за консултация от разстояние, която ще помага на специализанта да прави точна преценка на здравословното състояние на проблемни пациенти и да провежда правилното им лечение.

Политиките и дейностите на държавите-членки в следващото десетилетие ще бъдат насочени за адаптиране на националните системи към нарастващото търсене и ограничените възможности за предлагане на здравни услуги. С децентрализацията на системата за следдипломно обучение трябва да се осигури устойчивост и конкурентоспособност, основаващи се на националната традиция в

здравеопазването и медицинското образование, като не се разчита изцяло на положителния ефект върху квалификацията на човешкия потенциал в здравеопазването от завръщането на емигрантите.

5. Заключение

По отношение придобиването на медицинска специалност от лекарите у нас националната здравна политиката трябва да следва добрата практика в институционалната организация от миналото у нас, в съчетание с възможностите, които днешното поколение притежава – апаратурното насищане на медицинската практика, информационните технологии, електронното здравеопазване и телемедицината. Това от своя страна изисква преминаване в следващ етап от развитието на системата за медицинската специализация, регламентиране на новите обществени отношения и адекватните структури и финансиране.

Литература

1. MRACHKOV, V., „Dogovorot v trudovoto pravo”, Izdatelstvo „Sibi”, Sofiya, 2010.
2. Kodeks na profesionalnata etika, Izdaden ot Ministerstvo na zdравеопазването, obn., DV, br. 79 ot 29.09.2000.
3. LIK, E., „Lekaryat i negovoto prizvanie”, prevod ot d-r Konstantin Chilov, sas spetsialen predgovor ot avtora za balgarskoto izdanie, izd. Pечатnitsa „Hudozhnik”, Sofiya, 1928, str. 40.
4. „Hronika”, Letopisi na Balgarskiya lekarski sayuz, kn. 1 ot 1940 g., str. 26.
5. Kodeks na truda, Razdel VIIIb Dopalnitelni usloviya za izvarshvane na rabota ot razstoyanie,(Nov - DV, br. 82 ot 2011 g.

ПРОБЛЕМЪТ С МОБИЛНОСТТА НА ЛЕКАРИТЕ ОТ ДЪРЖАВНИТЕ И ОБЩИНСКИ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ – ТЪРГОВСКИ ДРУЖЕСТВА КЪМ ЧАСТНИТЕ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ¹⁷

Снежана Кондева, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, хоноруван преподавател в СУ „Св. Климент Охридски” – Стопански факултет

1. Въведение.

С включването на преобразуваните държавни и общински болници в стопанския оборот от началото на 2001 г. трябваше да се гарантира пазарна конкуренция и равнопоставеност на лечебните заведения в националната система на здравеопазване, независимо от тяхната собственост. Очакваният резултат след въвеждането на системата на задължително здравно осигуряване в България включваше повишаване равнището на доходите, ангажиране и мотивиране на работещите в държавните и общински лечебни заведения за болнична помощ – търговски дружества да не сменят работното си място. Поради финансови и законодателни ограничения обаче и към настоящия момент няма реална конкуренция, а болничният мениджмънт на публичните лечебни заведения не може да осигури трудови възнаграждения, съответстващи на квалификацията и отговорността на медицинския труд. В следствие на това се засилва процесът на мобилност на висококвалифицирани лекари и медицински специалисти от държавните и общински дружества към частните лечебни заведения.

В доклада се прави обзор на развитието на нормативната уредба в областта на предоставяните здравни услуги в извънболничната и болничната помощ и въздействието на тези обществени отношения върху управлението на човешкия капитал в болничния сектор. Целта е да се обоснове тезата, че проблемите с мобилността на медицински кадри до голяма степен могат да бъдат решени чрез промяна в условията за достъп до здравноосигурителния пакет медицинска помощ, като се даде възможност и на болниците да извършват амбулаторна дейност, заплащана от здравната каса. По този начин ще се създадат условия за усъвършенстване на системите за заплащане на труда в болниците и прилагането на критерии за диференциация на допълнителните възнаграждения, свързани с резултатите на труда.

2. Правен режим за осигуряване на достъп до медицинска помощ.

Достъпът до медицинска помощ на задължително здравноосигурените лица в Република България и на лицата, които пребивават в страната и за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност, е гарантиран чрез двустепенна система на извънболнична помощ и на болнична помощ.

Входът за системата [1] са общопрактикуващите лекари, като задължително здравноосигурените лица (ЗЗОЛ) имат право свободно да избират лекар в лечебно заведение за първична медицинска извънболнична помощ на територията на цялата страна, сключило договор с НЗОК. Личните лекари не могат да работят в друго лечебно заведение в изпълнение на договора му с НЗОК. Не се установява долна и горна граница на броя ЗЗОЛ, осъществили правото си на избор на общопрактикуващ лекар от лечебно заведение за първична извънболнична медицинска помощ (чл. 95, ал. 2 НРД-2012). На изпълнителите в първичната извънболнична медицинска помощ се заплаща по метода „капитация” (брой ЗЗОЛ от регистъра на амбулаторията) и за дейност (профилактичен и клиничен преглед).[2]

Личните лекари издават медицинско направление, с което насочват ЗЗОЛ към избрано от него лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ, сключило договор с НЗОК, на територията на цялата страна. НЗОК сключва договори с лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ за извършване на всички общомедицински и всички специализирани медицински дейности от дадена специалност от съответния пакет (чл. 99 НРД-2012). Лекари с придобита специалност, работещи в лечебно заведение за болнична помощ могат да регистрират индивидуална

¹⁷ За цитиране: Кондева, Сн., „Мобилността на лекарите от държавните и общински лечебни заведения за болнична помощ – търговски дружества към частните лечебни заведения”, доклад в научна конференция „Икономика и общество: глобални и регионални предизвикателства пред България”, УНСС, гр. София, 2013 г.

практика за извънболнична специализирана помощ и да сключат договор с НЗОК при условие, че на същата територия няма достатъчно лекари на извънболнична практика от същата специалност и не се нарушава дейността на болницата, както и да сключат договор с медицински център, диагностично-консултативен център и самостоятелна медико-диагностична лаборатория (чл. 107 и чл. 108 НРД-2012; чл. 62 ЗЗО и чл. 81 ЗЛЗ). На изпълнителите в специализираната извънболнична медицинска помощ се заплаща за следната дейност: първичен и вторичен преглед, профилактичен и специализиран преглед, медицинска експертиза, високоспециализирани дейности, физиотерапия и рехабилитация, медико-диагностична медицинска помощ.

Специализираните медицински дейности на изпълнителите в извънболничната помощ се възлагат по метода на регулативните стандарти, чрез които се определят брой или стойност на отделните видове специализирани медицински дейности, които могат да бъдат назначени от изпълнителите на медицинска помощ. Регулативните стандарти се определят от РЗОК за лечебните заведения и за лекарите в тях, сключили договор с НЗОК за изпълнение на първична и специализирана медицинска помощ, като с всеки изпълнител (лечебно заведение) се подписва протокол. Протоколите за регулативните стандарти са неразделна част от договора на изпълнителя. За превишаване на регулативните стандарти изпълнителите възстановяват суми на НЗОК.

Изпълнители на медицински дейности в извънболничната медицинска помощ могат да бъдат само лечебни заведения за извънболнична помощ: амбулатории - индивидуална или групова практика за първична медицинска помощ; индивидуална или групова практика за специализирана медицинска помощ; медицински център и диагностично-консултативен център или самостоятелна медико-диагностична лаборатория (чл. 8, ал. 1 ЗЛЗ). Изпълнители на високоспециализирани медицински дейности могат да бъдат и лечебни заведения за болнична помощ, ако на територията на съответния здравен район лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, сключили договори с НЗОК, не могат да задоволят здравните потребности на ЗЗОЛ (чл. 13, ал. 2 НРД-2012)

Когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ лекарите от лечебните заведения за извънболнична помощ насочват ЗЗОЛ с медицинско направление към лечебно заведение за болнична помощ или към центровете за психично здраве, кожно-венерически заболявания или комплексен онкологичен център. За да бъде ЗЗОЛ хоспитализирано за лечение по дадена клинична пътека, то следва да е с непрекъснати здравноосигурителни права и да са налице индикациите за хоспитализация, включени в клиничната пътека (чл. 169, ал. 1 НРД-2012).

Изпълнители на болнична помощ могат да бъдат само лечебни заведения за болнична помощ (чл. 9, ал. 1 ЗЛЗ) или медицински и диагностично-консултативен център с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа (чл. 10, т. 6 ЗЛЗ). От 2010 г. Министерство на здравеопазването издава разрешения за дейност на болниците, в които се определят нива на компетентност на клиниките, отделенията и лабораториите в тях като най-ниското ниво е първо.[3] В съответствие с изпълнените изисквания на медицинските стандарти за наличие на човешки ресурси, задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване и издаденото разрешение за дейност (компетентност) на съответните структури болниците могат да сключват договори с НЗОК/РЗОК за лечение на пациенти по клинични пътеки. По този начин на пациентите се гарантира, че в компетентните болнични структури ще получават медицинска услуга с еднакво качество и при спазване на един и същ диагностично-лечебен алгоритъм на клиничната пътека. Лечебните заведения за болнична помощ трябва да осигурят непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицинските специалности, посочени в разрешението, включително и на медицинска помощ при спешни състояния.

НЗОК заплаща на изпълнителите на болнична помощ договорената и извършената дейност по клинични пътеки, клинични процедури и високоспециализирана медицинска дейност след представяне на ежедневен електронен отчет в размер на утвърдения годишен прогнозен план за обем дейност и стойност на разходите на изпълнителите на болнична помощ.[4] При превишаване на годишния прогнозен план за обем дейност, разликата в стойността на разходите за извършената и отчетена дейност се заплаща след решение на Надзорния съвет на НЗОК или остава за сметка на лечебното заведение.

Изпълнителите на медицинска помощ се задължават да осигуряват на ЗЗОЛ договорената медицинска помощ и да изпълняват правилата за добра медицинска практика; да предоставят медицинска помощ по вид и обем, съответстваща на договорената; да не изискват плащане или доплащане от осигуреното лица

за видове медицинска дейност, която е заплатена от НЗОК, извън предвидената сума, с изключение на консумативи за определени клинични пътеки, в които изрично е посочено; да предоставят на длъжностните лица на РЗОК и НЗОК достъп до документи, свързани с отчитането и контрола на извършените дейности, по ред, определен в нормативните актове. [5]

3. Формулиране на проблемните области.

1. Проблеми на системата на задължително здравно осигуряване, свързани с осигуряването на необходимата квалификация и брой медицински кадри.

1.1. Общопрактикуващи лекари – недостатъчен брой; затруднена специализация по „Обща медицина“; непривлекателни условия и незаинтересованост в определени райони да се регистрират практики на семейни лекари; невъзможността физическото лице – общопрактикуващ лекар да осигури 24-часово разположение, поради което пациентът се обръща към спешната или специализираната медицинска помощ; недостатъчен брой на направленията и пренасочване на пациентите през спешните отделения на лечебните заведения за болнична помощ за консултации и изследвания.

1.2. Лекари – специалисти – работят по втори трудов договор с лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ, което увеличава обхвата на контролната дейност по спазване на работните графици и дублирането на дейност, заплащана от НЗОК; при достигане на регулативните стандарти насочват ЗЗОЛ за хоспитализация в лечебното заведение за болнична помощ, в което работят по основен трудов договор.

1.3. Неудовлетвореност на пациентите – усложнена административна процедура за достъп до специализирана медицинска помощ; диагностика и лечение в повече от едно лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ; ограничен достъп до водещи специалисти, които нямат сключен втори трудов договор за работа в извънболничната медицинска помощ.

2. Проблеми на работодателите в държавните и общински лечебни заведения за болнична помощ - търговски дружества, свързани с управлението на човешките ресурси.

2.1. Работен график – затруднено е съставянето на работния график за работа по основния трудов договор в лечебното заведение за болнична помощ, защото задължително се съобразява с ангажираността на медицинския персонал по втория трудов договор за работа в лечебно заведение за извънболнична помощ.

2.2. Платен годишен отпуск – не може да бъде изпълнена социалната функция на платения годишен отпуск работникът и служителят да възстанови своята работна сила за качествено изпълнение на трудовите си задължения, защото по време на отпуск по основното трудово правоотношение медицинският персонал работи на пълно работно време в лечебните заведения за извънболнична помощ.

2.3. „Бърнаут“-синдром – професионалният стрес в сектора се увеличава многократно от липсата на почивка и работа в последователни смени по двете трудови правоотношения - за предоставяне на медицинска помощ и услуги в лечебно заведение за болнична и извънболнична медицинска помощ, поради което се свежда до минимум възможността свободното време да се използва за повишаване на квалификацията.

2.4. Трудово възнаграждение – работодателите провеждат политика за управление на персонала в условията на държавна регулация на средствата за работна заплата и тримесечният размер на допълнителните средства, разпределяни на персонала не могат да компенсират ниските основни трудови възнаграждения и да осигурят доход, съответстващ на професионалната квалификация и опит на медицинските кадри.

3. Конкурентни предимства за частните лечебни заведения за болнична помощ.

3.1. Организация на работното време – работните графици са от типа „затворена система“ - съставят се за работа на медицинския персонал в дружеството за болнична помощ и дъщерното дружество за извънболнична помощ, с едно и също териториално разположение и възможност за контрол върху реалното осигуряване на междудневна и междуседмична почивка на служителите.

3.2. Ползване на отпуск – специалните клаузи по трудовите правоотношения за забрана да се работи паралелно в друго конкурентно лечебно заведение на практика осигуряват реално ползване на платения годишен отпуск от служителите.

3.3. Кариерно развитие - спестеното от служителите лично време за придвижване от едно работно място на друго и инцидентното полагане на извънреден труд, както и активната фирмена политика за

обучение и кариерно развитие, осигуряват значително по-големи възможности за персонала да получава и систематизира информацията за последните новости в медицинската наука и да придобива умения за прилагане в практиката на нови методи на диагностика и лечение.

3.4. Формиране на работната заплата – липсват детерминиращи външни правни и икономически условия при определяне на средствата за възнаграждения, което позволява на работодателите в частния сектор да прилагат гъвкави подходи при формиране на основните трудови възнаграждения, както и диференциране на допълнителните възнаграждения в зависимост от ангажираността и личния принос в постигнатите резултати.

4. Необходимост от промяна в изискванията за оказване на извънболнична медицинска помощ.

Неудовлетвореността на пациентите е субективно усещане, но има и обективни предпоставки за негативната нагласа на обществото за състоянието на здравноосигурителната система: законово ограничена компетентност и недостатъчна професионална специализация на общопрактикуващите лекари; претоварен документооборот и липса на направления за консултации и изследвания; процес на диагностика и лечение при повече от един специалист и лечебно заведение в извънболничната медицинска помощ, изискващ време, което работещите пациенти трудно могат да си осигурят; ограничен достъп до водещи специалисти от лечебно заведение за болнична помощ, които не работят по договор с НЗОК за специализирана извънболничната медицинска помощ. Добрите специалисти предпочитат да работят в болница, където се приемат пациенти с разнообразна патология, има повече възможности за извършване на инструментални и образни изследвания и прилагането на иновативни методи на диагностика и лечение. Отивайки при такъв специалист в лечебно заведение за болнична помощ пациентите не могат да използват даденото им направление и плащат от джоба си за прегледа или изследването, които иначе би трябвало да заплати здравната каса. Не са изключение случаите, при които пациенти се приемат по клинична пътека, независимо от това, че могат да бъдат излекувани в амбулаторни условия.

За ефективно разпределение на ограничения обществен ресурс и за преодоляване на ниската степен на удовлетвореност на пациентите е необходимо да се промени нормативната уредба и да се премахне въведената „демаркационна линия” между дейностите в извънболничната и болничната медицинска помощ, защото това разграничаване създава посочените по-горе проблеми за финансиращия орган – НЗОК, за изпълнителите – лечебните заведения за първична, специализирана и болнична помощ и за потребителите – задължително здравноосигурените лица. Необходимостта е да се даде възможност и на лечебните заведения за болнична помощ да сключват договори с НЗОК за изпълнение на специализирана извънболнична медицинска помощ и за високоспециализирана медицинска дейност, като при тези условия ЗЗОЛ ще може да получи заплатени от здравната каса специализиран преглед, консултация или изследване и в болница. Целта е да се ускори достъпа до медицинска помощ, да се подобри качеството на извънболничната здравна услуга и удовлетвореността на пациентите, да се намалят болничните разходи с размера на несвойствената дейност по клинични пътеки, и не на последно място да се минимизират корупционните практики.

5. Конкурентен пазар на работната сила в болничния сектор.

Неудовлетворени от днешното състояние на националната системата на здравеопазване са не само пациентите, но и работещите в нея лекари, като все по-често се търси медицинска помощ или професионална реализация извън страната. В други случаи пациентите предпочитат по-бързия достъп до медицинска помощ, а медицинският персонал от държавните и общински лечебни заведения за болнична помощ по-добри условия на труд и по-високо заплащане в частните лечебни заведения за болнична помощ. Основните причини, които дават предимство на частните болници на пазара на здравни услуги и работна сила са следните:

На първо място, това е възможността частните болници да организират непрекъснат процес на диагностика и лечение – пациентите да получават първична, специализирана и болнична помощ на едно място, а лекарите да извършват амбулаторна дейност паралелно с изпълнението на основните си задължения по трудовото правоотношение с болницата.

При прехода към задължително здравно осигуряване забраната в болниците да не се извършва платена от здравната каса амбулаторна дейност беше преодоляна със създаване на дъщерни търговски дружества за извънболнична медицинска помощ. За общинските дружества и частните болници това не е съществен проблем, защото персоналът в болницата и медицинския център е един и същ, а в частните болници работят и общопрактикуващи лекари. В зависимост от здравословното състояние на пациента извършената дейност се отчита от лекар в качеството му на специалист в извънболничната медицинска помощ, или същият този лекар насочва пациента за прием в болницата, където има основен трудов договор за лечение на пациенти по клинична пътека. Университетските и държавните болници обаче са поставени в неравностойно положение спрямо частните лечебни заведения в по-големите градове, защото само малка част от лекарите работят в дъщерните медицински центрове. По-голяма част от лекарите имат втори трудов договор с лечебно заведение за извънболнична помощ, което е териториално отдалечено и има собствен график на работното време. Друга част от лекарите, обикновено най-добрите специалисти, разкриват практика за специализирана извънболнична медицинска помощ, но не сключват индивидуален договор с НЗОК. Достъпът до тези специалисти, независимо къде - в болницата или в индивидуалната практика, е само срещу заплащане от страна на пациента. Използването на едно и също работно време за болнична и извънболнична дейност от лекарите, работещи в дъщерното дружество, ги противопоставя на останалите лекари, които са принудени да извършват амбулаторна дейност извън територията и установеното работно време в болницата. Много често след 12-часово нощно дежурство или първа смяна в болницата лекарят отива на работа в лечебното заведение за извънболнична медицинска помощ. Натрупаната умора от работата с пациенти в тежко здравословно състояние в болницата, необходимостта от време за придвижване от едно работно място на друго, широкият контакт с хора от различни възрасти, социален и културен статус в амбулаторията, определят тази категория персонал за най-рисков по отношение развитието на поведенческия синдром на професионално изчерпване „Бърнаут”.[6]

За обществената нагласа, че по-голяма удовлетвореност има от получената здравна услуга в частните болници влияние оказва пазарното поведение на тези болници да селектират пациенти с леки заболявания, които са и доволните пациенти, поради по-бързия и по-добър резултат от тяхното лечение. Напоследък активността [7] е да се даде право за разкриване на частни центрове за спешна медицинска помощ, с което обаче ще се наруши и без това трудно поддържащия баланс между болниците, тъй като се увеличава възможността за пренасочване на трудни за диагностично изясняване и лечение пациенти само към държавните и общински лечебни заведения. Стойността на лечението на такива пациенти многократно надвишава цената на клиничната пътека, по която се приемат, а резултатите невинаги са добри.

Втората причина, поради която лекарите предпочитат работата в частна болница е възможността да се съставя „щадящ” график при осигуряване на непрекъснатост на болничната помощ и грижите за пациентите.

В частните болници, макар и неофициално, се работи по общ график, като се сумира работното време по основното и допълнителното трудово правоотношение. Това дава възможност за осигуряване на междудневните и междуседмични почивки и ползването на платен годишен отпуск. Има и повече възможности да се планират командировки и служебни отпуски за участия в конференции, семинари и обмяна на опит с водещи чуждестранни лечебни заведения и специалисти.

В държавните и общински болници – търговски дружества осигуряването на достатъчен брой лекари със специалност по съответните медицински специалности и съставянето на 24-часов график на техните дежурства се затруднява значително под въздействието на външни фактори – работодателят може да направи своя график само след като го съобрази с организацията на дейността в друго юридическо лице за извънболнична медицинска помощ и след като уточни ангажираността на своя персонал с въведеното от втория работодател работно време. Трудността при „връзването” на графика в тези болници предопределя честите случаи, при които лекарите не могат да използват пълния размер на полагащият им се платен годишен отпуск и краткото свободно време за лична квалификация.

На трето място, а ако трябва да бъдем откровени - на първо, частните болници са желан работодател поради по-високите възнаграждения, особено за водещи лекари в определени медицински специалности.

Повечето средства за заплати в частните болници се осигуряват чрез въведената практика на дарението – пациентът постъпва за лечение по клинична пътека и успоредно с това прави дарение. Размерът на дарението се изчислява като разлика между цената на клиничната пътека и стойността на цялото лечение

по ценоразписа на частната болница. Това от една страна означава, че в частните болници няма недофинансирана клинична пътека, а от друга обяснява предложението да се регламентира “официално доплащане в лечебните заведения съгласно недофинансираността на клиничните пътеки”, направено от Националното сдружение на частните болници (НСЧБ) на кръгла маса в Пловдив през септември 2013 г.[8]

Ако промените в нормативната уредба станат факт и се даде право и на болниците да сключват договор с НЗОК за извънболнична медицинска помощ и високоспециализирана медицинска дейност, работодателите в лечебните заведения за болнична помощ – търговски дружества с над 50 на сто държавно или общинско участие в капитала ще могат да управляват ефективно дейността и да достигнат по-добри финансови показатели, защото:

- ще се увеличат приходите, с размера на средства, които НЗОК заплаща за предоставената извънболнична помощ и високоспециализирана медицинска дейност на пациентите, избрали съответното лечебно заведение;

- ще се използва ефективно наличната модерна високотехнологична медицинска апаратура, защото в много от държавните и общински болници тя се използва само в диагностично-лечебния процес на стационарните пациенти и не достига пълния си капацитет;

- няма да се правят разходи за възнаграждения на дублирания персонал в дъщерните медицински центрове - за системни администратори, кодировчици, главен счетоводител, счетоводители и касиери, защото дейността им ще се изпълнява от персонала на болницата;

- финансовата стабилност на държавните и общински болници ще позволява да се увеличават законосъобразно средствата за работна заплата и да се въвеждат адекватни системи на основните работни заплати и на допълнителните възнаграждения за постигнати резултати. Обвързването на допълнителните възнаграждения с ефективността на дружеството и индивидуалния принос, както и прилагането на нестандартни методите за ангажиране и мотивация на персонала ще създадат благоприятни условия за задържане и развитие на човешкия потенциал в държавните и общински лечебни заведения за болнична помощ и ще подобрят тяхната конкурентоспособност.

6. Заключение.

При възприетия модел на солидарно здравно осигуряване е оправдано създаването от държавата и общините на лечебни заведения за болнична помощ, както и задържането на по-големият им брой в сравнение с частните болници, защото приватизацията не е панацея. Държавата е длъжна да осигури на населението достъп до медицинска помощ и услуги, а частният интерес, при съществуването само на един финансиращ орган, трудно може да бъде поддържан за територията на цялата страна. Това налага да се използват всички механизми за осигуряване на по-добра правна и икономическа среда в здравеопазването и условия за равнопоставеност и пазарна конкуренция на всички лечебни заведения за болнична помощ, независимо от тяхната собственост.

Литература

1. Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, обн.: ДВ, бр. 45 от 2006 г.
2. ПМС № 5 от 10.01.2013 г. за приемане на обемите и цените на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО за 2013 г.
3. Наредба № 49 от 18.10.2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи, обн.: ДВ, бр. 83 от 22.10.2010 г.
4. Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ, обн.: ДВ, бр. 2 от 08.01.2013 г.
5. Чл. 30 от НРД-2012; Чл. 34 от Решение № РД-НС-04-8 от 31.01.2013 г. на Надзорния съвет на НЗОК.
6. Професионално изчерпване при медицински сестри, работещи в Клиника по детски и генетични заболявания при УМБАЛ „Св. Георги“, Пловдив, Ир. Георгиева, Ем. Караславова, Списание „Рецептор – Български психиатричен журнал“, бр. 2, 2008, стр. 54.
7. Решение № 1193 от 18.09.2013 г. на Комисията за защита на конкуренцията.
8. www.zdrave.net

ПРАВОМОЩИЯ НА КОМИСИИТЕ ПО ПРОФЕСИОНАЛНА ЕТИКА НА ЛЕКАРИТЕ¹⁸

Снежана Кондева, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД; СУ „Климент Охридски” - Стопански факултет

1. Въведение.

В последните години всяко публично обсъждане на здравна тема или личен разговор за здраве и болест приключва с изказване на мнение за морала на лекарите и квалификацията на останалите в страната медици. Недоволни пациенти използват готовността на журналистите да представят всеки случай като ужасяваща небрежност и безразличие към пациентите, поради което дистанцията лекар – пациент се увеличава. Когато към обществото се отправят само послания за нарушени права и причинени увреждания на пациентите от страна на лекарите, не можем да очакваме положителен резултат за системата и персонално за лекарите.

За отчуждението между лекар и пациент, разбира се, има обективни причини - техническият напредък, разрастването на мрежата от лечебни заведения и финансирането чрез система на солидарно здравно осигуряване, защото медицински консултации, диагностика и лечение се осъществяват от разстояние, много често в лечебно заведение, което е териториално отдалечено от мястото на живеене, посредством нови структури и административни процедури.

Друга причина са личните преживявания и очаквания на пациента и на лекаря:

Пациентът, от една страна, е носталгично настроен и се стреми да запази историческия образ на лекаря, който ходи с лекарската си чанта от врата на врата и знае имената на своите пациенти, техните родители, деца и внуци. От друга страна обаче е неговата претенция да бъде диагностициран и лекуван с най-съвременните медицински технологии, методи и медикаменти.

Лекарят вече е институционално обвързан с лечебно заведение, получил е съвременна медицинска квалификация и работи в изключително взискателна и динамична професионална и социална среда. Поради тези причини той започва да възприема себе си като единствено компетентен и способен да взема решение без каквато и да било комуникация с пациента.

Основните права на пациентите, както и голяма част от правилата за добра медицинска практика и за етично поведение на лекаря са правно регламентирани. Но законите и подзаконовите нормативни актове не могат да обхванат изчерпателно медицинската практика и извън правните норми остават не малка част от естествените човешки отношения, зависещи често от нравствените и психични качества на отделната личност, включително и умението здравният проблем да се обсъжда в диалог между лекаря и пациента.

Именно липсата на говорене, на чувство за взаимна връзка ражда днешното неудовлетворение, както за лекаря, така и за пациента, пораждайки взаимните обвинения за липсата на морал, съчувствие и уважение.

Тезата на доклада е, че извън правно уредените взаимоотношения винаги ще има състояния на конфликт поради субективното усещане за неудовлетвореност без да има допусната лекарска грешка. В тези случаи лекарят трябва да разполага с професионалното становище на съсловната организация, за да запази репутацията си и евентуално да го използва като доказателство в съда. Тази защита може да бъде факт само след промяна на Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина, защото действащите правни норми предвиждат издаването на административен акт само при констатирано от комисията за професионална етика нарушение и няма изискване за публичност.

2. Записки за етично поведение на лекаря в началото на 20-ти век.

Малкият брой лекари и неразвита система на обществено здравеопазване в началото на миналия век са причините, поради които физическото лице – лекар се превръща в институция. Лекарят е авторитет,

¹⁸ За цитиране: Кондева, Сн., „Правомощията на комисиите по професионална етика на лекарите”, доклад в Деветата национална конференция по етика с международно участие „Европейските етични стандарти и българската медицина”, гр. София, 2013 г.

разпознаваем и общителен, длъжен постоянно да отговаря на очакванията не само на хората, търсещи помощ и състрадание за своята болест, но и на обществото като цяло.

В „Летописи на Българския лекарски съюз” в статията „Какъв трябва да бъде лекарят на село” [1] четем, че селянинът е недоверчив и „не си поверява здравето на непознат и недостатъчно добре подготвен лекар”. Затова се препоръчва лекарят да бъде: „морален, със силен характер, общественик, като избягва спорове, да не страни, обаче, много от населението и да умее да ръководи, както селяните така и местната интелигенция – кмет, учители, свещеници, кръчмари и др.”. Авторът на статията Д-р Петко Г. Хлебаров, младши лекар в болницата в Кюстендил, съветва още лекаря: „в месеца веднъж, а по желание два пъти месечно да ходи до града – близкия културен център, защото неговите културни нужди налагат това”. И още: „ревизорите на участъковите общински лекари – околийските лекари инспектори трябва на всяка цена да бъдат много внимателни и учтиви, а не да гледат зверски своя колега, като му накръняват честолюбието и с това го прогонват от селото”.

При тези обществени условия е било по-лесно да се определи кога даден лекар е нарушил етичните норми в отношенията си с колегите, или в поведението си към пациентите, или в създаването на позитивна обществена нагласа към лекарската професия. В свитъка на летописите от 1940 г. намираме следната информация за нарушени етични норми: „Из Соф. Обл. дисципли. лекар. съвет. * Софийският Областен Лекарски дисциплинарен съвет в съдебното си заседание на 30 ноември 1939 год. Постановил: Признава дисциплинарно подсъдимия Д-р П. за виновен в това, че в първите дни на месец август 1937 год. не е спазил установените между лекарите съсловни етични правила и със своето поведение и начин на действие е изложил честта и достойнството на Д-р Т. П., казвайки му, че предписаното от него лекарство адреналинови капки, влошили здравето на лекувания от него болен С. Т. А., даже причинили смъртта му, а на съпругата на споменатия С. Т. А. казал, че спира даването на адреналинови капки, защото ако се продължи даването им болния щял да умре, затова на основание чл. 337 п. Г и Д и 345 п. Б от закона за Народното Здраве го осъжда да заплати в полза на Областния лекарски Съвет 500 лева глоба. * В заседанието си на 30.XI.1939 г. Соф. обл. дисципли. съд постановил: признава дисциплинарно подсъдимия д-р В. Б. за виновен в това, че си е служил за хвалебни реклами, несъвместими с лекарското достойнство и затова на основание на чл. 337, п. „а” във връзка сл. чл. 345 от закона на нар. здр. го осъжда да изтърпи наказанието „обръщане писмено внимание”.” [2]

3. Обществени условия, при които лекарите осъществяват медицинска дейност.

Научните постижения в медицината и технологичния прогрес в практиката промениха коренно организацията на здравния сектор, статуса на лекаря и очакваните резултати от лекарския труд. Лекарите, които са в трудово правоотношение с лечебно заведение – изпълнител на медицинска дейност в здравното осигуряване, са обвързани с реда и условията на закона [3], националния рамков договор и индивидуалния договор – регулативните стандарти относно броя направления в извънболничната помощ и/или лимитираният брой на пациентите, преминавали по клинична пътека; своевременните доставки на ваксини и/или скъпоструващи лекарства за пациентите с онкологично заболяване, и др. По този начин върху репутацията на лекаря оказват негативно влияние проблеми на общественото здравеопазване и здравното осигуряване, които могат да бъдат определени и като обективни предпоставки за съществуващата дистанция между лекар и пациент. В здравното осигуряване конфликтни точки съществуват и в извънболничната, и в болничната медицинска помощ.

Лекарите постоянно увеличават своята специализация в определена област на медицината, а пациентите информираността си кои са най-надеждните технологии и методи за тяхното лечение. Затова източник на пациентска неудовлетвореност на ниво първична медицинска помощ е незадоволителната квалификация по обща медицина на личните лекари и невъзможността физическото лице да осигури непрекъснато 24-часово разположение, особено в по-малките населени места, където не съществуват условия за създаване на дежурен кабинет или сключване на договор със спешен център. Посещението при общопрактикуващ лекар все по-често е формално, само за да се осигури достъп до специалист, от когото пациентите очакват да получат по-адекватно лечение. Пациентите, които по една или друга причина нямат личен лекар или медицинско направление, се обръщат направо към специализираната извънболнична медицинска помощ, която заплащат, или влизат в системата през спешните центрове и отделения.

Здравноосигурителната система указва точно определен ред и условия за получаване на медицинска помощ, като пациентът сам трябва да изисква медицинска документация и направление, да търси съответния специалист или лечебно заведение. Разпокъсаността на получаваната здравна услуга е основна причина за неудовлетворението на пациентите от специализираната извънболнична медицинска помощ. Друга причина е, че задължително здравноосигуреното лице трябва да заплати изследване или консултация при специалист, който работи само по основен трудов договор в болница, поради законовото ограничение лечебни заведения за болнична помощ да сключват договор със здравната каса за изпълнение освен на болнична и на специализирана извънболнична медицинска помощ. Такова заплащане от страна на пациента се избягва с издаване на направление за хоспитализация, но по-високата цена на получената медицинска помощ по клинична пътека е неоправдан разход за солидарната здравноосигурителна система.

Въпреки икономическата логика за кратък болничен престой в лечебно заведение за активно лечение, пациентите са неудовлетворени именно от това, че те или техни близки се изписват преди да са раздвижени или да могат сами да се обслужват. Конкретното лице, което оформя изписването е лекуващият лекар, затова и в тези случаи упреците за липса на морал и съчувствие са персонални, като не се свързват с отговорността и бездействието на законодателната и изпълнителната власт за развитие на системата от лечебни заведения за долекуване и продължително лечение.

Към проблемите в здравеопазването в последните години се прибавят отразени в медиите случаи на лекарски грешки, представени само от гледна точка на пациентите. По нито една от тези журналистически интерпретации няма ясно изразено становище от съсловната организация, за разлика от шумните презентации на предизборни споразумения между БЛС и определени политически партии.

Експертната оценка по дела, свързани с лекарска грешка, също остава извън полезрението и ангажираността на лекарския съюз. Съдебните медици и вещите лица осъществяват своята дейност в агресивна среда, вземайки трудно лично решение – дали да дадат заключение срещу колега и да получат неодобрението за това от медиците, или обратното, при което да бъдат заклеимени от отсрещната страна, адвокатите и близките. [4]

При целенасочено търсене на информация за професионалната етика на лекарите е възможно да бъдат открити статии и вътрешни за съсловната организация документи [5], но не и достъпна чрез търсачка или социална мрежа официална информация за професионализма на лекарите, както и становище на комисиите за професионална етика относно спазването на правилата за добра клинична практика и етично поведение на лекарите в конкретни казуси. В Интернет има публикувани анкети и класации на най-добрите лекари, но инициирани извън лекарския съюз, както и спонтанно създадени от пациенти списъци на „лекарите убийци“ и „осъдени лекари“.

В официалния сайт на БЛС - главно меню „Професионална етика“, е публикуван само пълният текст на Кодекса за професионална етика, но липсва каквато и да е друга информация за дейността на централната и районните комисии по професионална етика, с изключение на информацията в сайта на РК на БЛС – Бургас под заглавие: „Комисията по професионална етика – кога да се обръщаме към нея и какво да очакваме от нея“. Няма публикувани правилниците за дейността на централната и районните комисии по професионална етика, които са публична информация, независимо от това, че заседанията им са закрити.

4. Правомощия на комисиите по професионална етика.

В българското право членството в Българския лекарски съюз е задължително [6], а лекарската професия – регулирана. [7] Целта на законодателя е част от властническите функции на държавата по отношение на специфичната медицинска дейност и професионална квалификация да бъдат прехвърлени на съсловната организация, за да се постигне саморегулация и ефективност на здравната система. По този начин нормативно се разширява приложното поле на етичните правила, като те вече се отнасят не само до взаимоотношенията между медиците, но и до професионалното упражняване на лекарската професия и отношението към пациентите.

Съгласно чл. 16 от Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина и чл. 15, ал. 3 от Устава на Българския лекарски съюз [8] правомощията на Централната комисия по професионална етика са следните:

1. следи за спазването на правилата на добра медицинска практика;

2. произнася се по професионално-медицински, морално-етични и деонтологични въпроси, свързани с упражняването на професията;

3. произнася се по искане на комисиите по професионална етика на районните колегии;

4. оказва методична помощ на комисиите по професионална етика на районните колегии.

В устава има клаузи, които уточняват, че:

- случаите, свързани с правилата за добра медицинска практика се разглеждат с участието на националния експерт на БЛС по специалността или след негово писмено становище;

- комисията оказва методична помощ, разглежда и се произнася по казуси при мотивирано искане от комисия по професионална етика към РК на БЛС;

- комисията се произнася по жалби против решения на комисии по професионална етика към РК на БЛС, оспорвани от някоя от страните;

- казусите, свързани с правилата за добра медицинска практика и оказването на методична помощ се разглеждат съвместно с председателя на съответната районна комисия по професионална етика, участващ в заседанието със съвещателен глас. Решенията на Централната комисия по професионална етика по тези въпроси имат препоръчителен характер за съответните РК на БЛС;

- за всяко свое решение комисията внася доклад в УС на БЛС.

Чл. 31 от Устава определя правомощията на Комисията по професионална етика на РК на БЛС - да разглежда жалби по професионално-медицински, морално-етични и деонтологични въпроси, свързани с упражняването на професията, да иска методическа помощ от Комисията по професионална етика на БЛС и да издава актове за установени нарушения и препоръки за отстраняването им.

Вече 15 години от влизане в сила на закона за съсловната организация на лекарите има по-скоро инцидентно произнасяне на комисиите, отколкото установен ред и процедура за дейността им. Тези неудовлетворителни резултати се потвърждават от съдебната практика (или липса на практика), свързана с професионалната етика на лекарите. Административните и гражданските съдилища са разгледали следните казуси:

1. За липса на предписаната от закона форма (наказателно постановление) при налагане на наказание „порицание” – председател на комисия по професионална етика на РК на БЛС не е съставил наказателно постановление за налагане на наказание, а е изпратил само уведомително писмо до изпълнителния директор, работодател на наказания лекар, че е наложено такова наказание и то да бъде публично огласено – Определение № 6658 от 08.07.2002 г. на ВАС;

2. За нарушена процедура при съставянето на наказателно постановление – председател на комисия по професионална етика е издал наказателно постановление за налагане на наказание „порицание” за уронване честта и достойнството на лекарската професия и авторитета на лекарското съсловие, само въз основа на подадената жалба, без да изслуша или приеме писмено становище от лекаря, на който е наложено наказанието – Решение № 398 от 07.08.2013 г. на Районен съд – Враца;

3. Няма съставен акт или становище на комисия по професионална етика на РК на БЛС по подадена жалба от пациент – лекарят, срещу когото е жалбата иска произнасяне на комисията, независимо от решението ѝ да не налага наказание – Определение № 386 от 24.01.2012 г. на Административен съд - София;

4. За нарушаване на професионалната етика:

4.1. лекар от амбулатория за първична извънболнична медицинска помощ е отказал да окаже медицинска помощ в дома на пациент от неговата пациентска листа – Решение № 10340 от 23.10.2006 г. на ВАС;

4.2. лекар в хирургично отделение не е зачел правото на болната да я информира за нейното състояние, естеството на болестта и за средствата и възможностите за лечение – Решение от 21.07.2010 г. на Районен съд – Оряхово;

5. За нарушаване на добрата медицинска практика – личен лекар е назначил лечение, без да направи изследване за поносимост и е нарушил добрата медицинска практика, както при избор на лекарство, така и при дозирането му, което е установено от Комисията по професионална етика на РКБЛС – Решение от 25.05.2009 г. на Окръжен съд – Сливен.

Изнесените данни за дейността през 2012 г. на Централната комисия по професионална етика на БЛС [9] потвърждават, че няма яснота по отношение компетентността на централната и районните комисии и

сроковете за тяхното произнасяне, а също и тенденцията да се увеличава броя на жалбите за неетично поведение между лекари. Обществото продължава да се информира за медицински грешки основно от електронните медии, където оценка за работата на лекарите се прави от лица, които нямат медицинско образование и квалификация. Дейността по създаването на централен регистър на жалбите и алгоритъм за отговори не е достатъчна, за да сплоти съсловието и скъси дистанцията с ползващите здравни услуги, както и да компенсира липсата на законово регламентирани правомощия на етичните комисии и процедури за публичност на тяхната дейност.

В закона и устава на БЛС правомощията на етичната комисия (централна и районна) имат обща формулировка, което обяснява липсата на практика и поражда следните въпроси:

1. По какъв начин комисията следи за спазването на правилата на добра медицинска практика;
2. Кога и по какъв ред районната комисия се произнася по професионално-медицински, морално-етични и деонтологични въпроси, свързани с упражняването на професията;
3. В кои случаи и с какъв акт централната комисия се произнася по казуси, които са от компетентността на районната комисия;
4. По какви въпроси, при какви условия и с какъв акт централната комисия се произнася по искане на комисии по професионална етика на районните колегии;
5. По отношение на какви дейности централната комисия оказва методична помощ на комисии по професионална етика на районните колегии?

Въпросите могат да бъдат разширени, а конкретните мерки за отстраняване на недостатъците в нормативната уредба детайлизирани на база досегашния опит.

5. Изводи за дейността на комисии по професионална етика на лекарите.

Във връзка с ниската ефективност от дейността на комисии по професионална етика могат да бъдат направени следните изводи:

1. Комисии по професионална етика на лекарите нямат: задължението да се произнасят по всяка подадена жалба; право да работят с лични данни в пълен обем; експертни функции.
2. Няма ясна процедура за налагане на наказания от комисии по професионална етика на лекарите: срок за свикване на заседание; срок за произнасяне и съставяне на наказателно постановление; срок и отговорно лице, което трябва да уведоми НЗОК и работодателя в случай на заличаване от регистъра на БЛС.
3. Няма публичност за дейността и решенията на комисии по професионална етика на лекарите: актуализиран сайт на РК на БЛС; публична част на регистъра на лекарите, вписани в регистъра – квалификация и наложени наказания; информационни блокове в сайта на БЛС и РК – „Дейност на Комисията по професионална етика” и „Форум на пациентите”; постоянна актуализация на информационен блок „Дейност на Комисията по професионална етика” – проведени заседания на комисията, взети решения, издадени наказателни постановления, влезли в сила наказания, заличени от регистъра на колегията, отличия и награди.
4. Няма становище на съсловната организация по огласени в медиите случаи на лекарски грешки.

6. Необходима промяна в нормативната уредба, отнасяща се до дейността на комисии по професионална етика на лекарите и очаквани резултати.

Комисии по професионална етика могат да излязат от латентното си състояние само ако бъде разширен обхватът на правомощията им и ако бъдат създадени специални процедури за осъществяването от тях дейност, а именно:

- Първо, комисии по професионална етика да бъдат сезирани от:
- пациенти и техните организации;
 - лекари, срещу които има досъдебно производство или образувано дело;
 - работодатели за нарушени етични норми от лекари, с които са в трудово правоотношение;
 - от държавни институции, доброволни здравноосигурителни и застрахователни дружества за неетично поведение на лекари във връзка с поети от тях задължения и отговорности;
 - да се самосезират.

Второ, комисии по професионална етика:

- да се произнасят във всички случаи;
- да имат право да събират доказателства и получават информация, съдържаща данни за здравословното състояние на пациентите;
- да имат право да дават експертни становища по даден казус и да ангажират специалисти, като разходите се поемат от съсловната организация.

Не произнасянето на комисията по казус, при който няма констатирана медицинска грешка, на практика лишава лекаря от професионална защита. Отрицателната правна последица (санкцията) за лекар, нарушил етичните норми и правилата за добра медицинска практика трябва да бъде противопоставена на одобрението за лекар, осъществил професионално задълженията си, дори тогава, когато заболяването се е развило неблагоприятно. Затова и посланията към обществото трябва да бъдат в двете насоки: първо, че има изградена система на самоконтрол и безопасност на пациентите, и второ, че лекарите са отговорни към обществото чрез постоянно повишаване на своята квалификация.

7. Заключение.

Преекспонирането на лекарски грешки в медиите доведе до създаване на негативна обществена нагласа относно професионализма и моралните качества на лекарите. За да се запази общественият престиж на професията и доброто име на лекаря е необходимо да се преосмисли естеството на взаимните задължения и претенции между лекар и пациент, както и статута на комисията по професионална етика на БЛС.

Необходимо е БЛС да има активна позиция в защита на своите членове, като освен задължително произнасяне по подадени жалби, се въведе изискване за публичност и законова възможност при поискване лекарят да получи положителна атестация за своето професионално поведение.

Тази защита на лекарските права може да бъде осигурена чрез законодателна промяна в статута на комисиите по професионална етика към БЛС и РК на БЛС.

Литература:

1. Списание „Летописи на българския лекарски съюз”, Год. XXXIII, Септември 1940 г., Кн. 7. (личен архив)
2. Списание „Летописи на българския лекарски съюз”, Год. XXXIII, Януарий 1940 г., Кн. 1. (личен архив)
3. Закон за здравното осигуряване, Обн., ДВ, бр. 70 от 19.06.1998 г.
4. Радойнова, Д., „Лекарски грешки. Съдебномедицинска гледна точка”, изд. къща „СТЕНО”, Варна, 2013 г.
5. „Централната етична комисия на БЛС за първи път изготви концепция за своята дейност”, 03.09.2012 г., www.blsbg.com.
6. Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина, Обн., ДВ, бр.83 от 21.07.1998 г.
7. Закон за професионалното образование и обучение, Обн., ДВ, бр. 68 от 30.07.1999 г.
8. Устав на Български лекарски съюз, Приет на 32 Събор, изм. и доп. На 44, 47, 52, 55 и 56 Събор на БЛС.
9. Доц. д-р Златица Петрова, старши експерт в БЛС: „Етичната комисия изготви централен регистър на жалбите и сигналите”, вестник „Quo Vadis”, бр. 7, 8 от 05.08.2013 г.

ЗАПЛАЩАНЕ НА ТРУДА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – НИВА НА РЕГУЛАЦИЯ¹⁹

PAYMENT FOR LABOUR IN THE PUBLIC HEALTH CARE – LEVELS OF REGULATION

Snezhana Kondeva

Administrative and legal deputy director of University Hospital “Tsaritsa Yoanna- ISUL” - Sofia and part-time lecturer in the Faculty of Economics and Business Administration at Sofia University “ St. Kliment Ohridsky”, Bulgaria, snkondeva@abv.bg

Abstract. *Conducting active policy for making, keeping and developing specialists in the national health care system is a prerequisite for solving the problems in the public health and the reform in the sector. And the level of the received remuneration is one of the main motivating factors in this aspect. At present notwithstanding the decentralization of the funds for salary payment there is significant difference in the payment of the working in public and private medical establishments and a compromise is made with accepting lower pay for the expense of higher employment in the health sector. The purpose of the present report is to make a retrospection of the approaches and payment systems and to show the main problems in managing the human potential in the health care.*

Keywords: *human resources in public health care, approaches and payment systems, individual fees.*

1. Въведение

Предпоставка за успешното решаване на проблемите със здравето на населението и реформата в сектора е провеждането на активна политика по създаване, задържане и развитие на специалисти в националната система на здравеопазване. А равнището на получаваните възнаграждения е един от основните мотивиращи фактори в тази посока. В исторически план системите на заплащане са се променяли, както по отношение на степента на държавна намеса в определянето на заплатите, така и по отношение на ролята и отговорността на съсловните организации за гарантиране на доходите и социалния статус на работещите в здравеопазването. Към настоящия момент, въпреки децентрализацията на средствата за работна заплата, има чувствителна разлика в заплатите на работещите в държавни и частни лечебни заведения и се прави компромис с приемане на по-ниски възнаграждения за сметка на по-висока заетост в здравния сектор.

Целта на настоящия доклад е да се направи ретроспекция на подходите и системите на заплащане, да се направи обзор на нивата на регулация на възнагражденията и да се посочат някои от проблемите, свързани със заплащането на труда в здравеопазването.

2. Прилагани подходи и системи на заплащане в здравеопазването

В исторически план **централизиран подход** при определяне на възнагражденията се прилагаше в годините на социализма във всяка една сфера на обществения ни живот, включително и в здравеопазването. Заплащането на труда в държавните амбулатории и стационари се извършваше по щатни разписания*, в които месечният размер на предвидената за длъжността основна месечна работна заплата се променяше след одобряването на народностопанския план с индивидуално увеличение от 5 до 15 лв. на период от пет години. Таксите за частната практика на медицинските лица също се определяха централно – първоначално със заповед № 1665/13.XI.1953 г., а от началото на 1962 г. цените са преизчислени 10:1 със заповед № 3913 на Министерство на народното здраве и социалните грижи****. От 1973 г.***** обаче частната медицинска практика е забранена и до началото на деветдесетте години на

¹⁹ За цитиране: Кондева, Сн., „Заплащане на труда в здравеопазването – нива на регулация“, доклад в XI Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 13” - Стопански факултет на ТУ-София, гр. Созопол, 2013 г.

** Разпореждане № 33 на Министерския съвет от 10 януари 1962 г. за съставянето на щатните разписания и контрола върху тях;

**** Обн., ДВ, бр. 99 от 12.12.1961 г.;

***** Чл. 25, ал. 3 от Закона за народното здраве, обн., ДВ, бр. 88 от 06.11.1973 г.;

миналия век медицинска дейност се осъществяваше само в държавни лечебни заведения, при запазване на същия ред и условия за определяне на трудовите възнаграждения.

Още на 18.12.1989 г. беше прието Постановление № 61 на МС за преустройство на здравеопазването, с което се възлага на Министерство на икономиката и планирането и Министерство на финансите да осигурят с плана и бюджета необходимите средства за работна заплата за въвеждане от 1 януари 1990 г. на нова система от основни заплати в здравеопазването. Необходимите средства не бяха осигурени и тази разпоредба беше отменена, а заплатите в здравеопазването компенсирани на общо основание съгласно Постановление № 121 на МС от 25.06.1991 г. за компенсиране доходите на населението.

Преходът към **децентрализация при определяне на работните заплати** започна с издаване на Постановление № 129 на МС от 05.07.1991 г. за преминаване към договаряне на работната заплата. С това постановление бяха приети наредба за договаряне на работната заплата и наредба за регулиране нарастването и образуването на средствата за работна заплата. Отпадна забраната за практикуване на частна медицинска дейност, а средствата за заплати в държавните и общинските болници се определяха ежегодно със закона за държавния и общинските бюджети. С ПМС № 143 от 21.06.1996 г. беше въведена нова система за определяне на работните заплати на висшия персонал в държавните здравни органи и заведения, и беше регламентирано тримесечно възнаграждение за резултатите от здравната дейност. С допълнителните възнаграждения обаче не можеше да се превишават одобрените бюджетни средства.

През януари 1993 г. правителството на проф. Беров възстанови социалното партньорство и бяха определени принципите, реда и условията за признаване на националната представителност на работодателските и синдикалните организации. Отраслов съвет за тристранно сътрудничество в здравеопазването беше създаден едва през 1997 г., като орган за консултации и сътрудничество при уреждането на въпросите на трудовите и непосредствено свързаните с тях отношения, осигурителните отношения и жизненото равнище, които са специфични за отрасъла.

За да гарантира правата и сигурността на гражданите държавата чрез законодателната и изпълнителната власт участва в социалния диалог* по въпросите на минималната работна заплата, възнагражденията и доходите, трудовата заетост, осигуряването, социалните помощи и др.

Законодателно са формирани три нива на **държавна, колективна (отраслова) и договорна (организационна) регулация** на средствата за работна заплата и възнагражденията на работещите в здравеопазването.

3. Държавна регулация

Елементите на системата за управление на заплатите, които се определят на национално равнище са: реда за определяне на основната заплата и допълнителните възнаграждения в държавната администрация, минималната работна заплата за страната, структурата и организацията на работната заплата на работещите по трудово правоотношение, някои видове и минимални размери на допълнителните възнаграждения, средствата за работна заплата в държавните търговски дружества – лечебни заведения.

3.1. Държавата осъществява своята властническа функция в здравеопазването чрез структурирана **държавна администрация** и управление на служителите в нея за постигане на добро управление в сектора, основаващо се на безпристрастност и професионална независимост на държавната служба. [1] Държавата чрез ресорното министерство прилага и механизъм за определяне на допустим максимален размер при определяне на почасовото заплащане на възнагражденията на лицата, наети във връзка с изпълнението на проектите, финансирани по оперативни програми. [2]

Цел на регулацията - да се осигури външно наблюдение и контрол върху дейностите, свързани със здравето на нацията и здравното осигуряване на гражданите; постигане на увереност от страна на националните и европейските контролни и одитиращи органи за спазване на принципа на доброто финансово управление на средствата за възнаграждения, изплащани в рамките на европейските проекти.

Обхват на регулацията – възнагражденията на държавните служители и лицата, наети по трудово правоотношение в администрацията на здравеопазването: Министерство на здравеопазването,

** Правилник за организацията и дейността на Съвета за тристранно сътрудничество, обн., ДВ, бр. 57 от 26.06.2001 г.

Националната здравноосигурителна каса, изпълнителните агенции по лекарства, трансплантация и медицински одит, и регионалните здравни инспекции.

Формиране на възнагражденията – реда за формиране и изменение на основните заплати по нива и степени на държавните служители и на работещите по трудово правоотношение се определя съгласно наредбата за заплатите на служителите в държавната администрация [3] и вътрешни правила за заплатите на административните структури. Определени са минимални и максимални размери на основните заплати по нива и степени, както и размерите на допълнителните възнаграждения и реда за тяхното получаване. В новия етап на административната реформа, в сила от 1 юли 2012 г., освен промяна в механизма за формиране на работната заплата в администрацията, беше въведено и ограничение служителите на държавата да получават допълнителни възнаграждения, които не са обвързани с постигнати резултати. Така отпадна възможността служителите в здравното ведомство да получават възнаграждения за изготвянето на документи или за участието им в комисии и експертни групи.

3.2. Държавата участва в тристранния диалог при договаряне на **минималната месечна работна заплата за страната** и има ангажимент да осигури необходимите средства от републиканския бюджет за покриване на увеличените разходи в бюджетните организации и държавната администрация.

Цел на регулацията - да се гарантира социалният минимум на доходите и да се увеличи приходната част в бюджета на Националната здравноосигурителна каса с размера на здравноосигурителните вноски, изчислявани на база минимална месечна работна заплата за страната.

Обхват на регулацията – трудовите възнаграждения на най-ниско квалифицираните работници и служители, включително работещите в здравните и лечебните заведения.

3.3. Държавата отпуска средства от републиканския бюджет, извън бюджета на здравното осигуряване, за специфични здравни дейности и издръжка на **второстепенните разпоредители с бюджетни кредити**.

Цел на регулацията - с допълнително отделяните средства от централния бюджет за здравеопазване да се финансират разходите за специфични дейности, които са извън основния пакет дейности на здравното осигуряване, включително и за здравно неосигурените граждани - спешната медицинска помощ, стационарната психиатрична помощ, трансфузионната хематология, редките заболявания, трансплантацията и др.

Обхват на регулацията – трудовите възнаграждения на служителите в националните центрове по трансфузионна хематология; по наркомании; по заразни и паразитни болести; по радиобиология и радиационна защита; по обществено здраве и анализи; центровете за спешна медицинска помощ в страната; Националният съвет по наркотичните вещества; Центъра „Фонд за лечение на деца“; Центъра „Фонд за асистирана репродукция“; ведомствените болници – Военномедицинска академия (към Министерство на отбраната), Транспортна болница (към Министерство на транспорта), Болницата на МВР (към Министерство на вътрешните работи), Правителствена болница (към Министерския съвет); лечебните заведения за осигуряване на медицинска помощ на лишените от свобода (към Министерство на правосъдието).

Формиране на възнагражденията – заплатите на работещите в тези здравни и лечебни заведения се определят в рамките на бюджета на съответното ведомство, разчетени на база средна месечна брутна заплата на едно лице. Размерът на средствата за работна заплата се променя при планирано процентно увеличение със закона за бюджета на страната или инцидентно от вътрешно преразпределение на утвърдените средства на първостепенния разпоредител. Ведомствените болници разпределят допълнителни възнаграждения от приходите им по договора с Националната здравноосигурителна каса.

3.4. Държавата определя и механизмът на нарастване на **средствата за работна заплата в търговските дружества - лечебните заведения** с над 50 на сто държавно или общинско участие в капитала, чрез инструкция на министъра на здравеопазването. [4]

Цел на регулацията – със създаване на държавни и общински търговски дружества да се стимулира стопанския оборот в здравеопазването и да се уеднаквят възможностите за ефективно управление на дейността и човешките ресурси на тези дружества с частните лечебни заведения. Едновременно с това се цели средствата за работна заплата в търговските дружества – лечебни заведения с държавно или общинско участие в капитала да нарастват пропорционално на приходите им от извършени здравни услуги и да се задържат на достигнатото равнище, ако дружеството влошава финансовия си резултат и не се издължава към доставчиците си.

Обхват на регулацията – възнагражденията на наетите по трудово правоотношение работници и служители в търговските дружества – лечебни заведения с над 50 на сто държавно или общинско участие в капитала – университетските болници, областните болници, общински лечебни заведения, комплексни онкологични центрове, и др.

Формиране на средствата за работна заплата и възнагражденията – регламентиран е норматив за увеличаване на средствата за работна заплата в търговските дружества - лечебни заведения в зависимост от финансовия им резултат, а тези от тях, които приключват отчетното тримесечие със загуба, увеличават загубата и просрочените задължения спрямо предходното тримесечие, не могат да увеличават средствата си за работна заплата. Санкцията за превишен размер на начислени средства за работна заплата е намаляване с една минимална работна заплата за страната на тримесечното възнаграждение, получавано от членовете на органите на управление на търговските дружества – лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, като в същото време през следващите тримесечия не може да се увеличават средствата за работна заплата до компенсиране размера на превишението.

Търговските дружества – лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, които приключват финансовата година с печалба по счетоводния баланс, имат положителен финансов резултат и нямат просрочени задължения към края на отчетното тримесечие, не са обвързани с регламентирания норматив на увеличение и могат да образуват средствата си за работна заплата в съответствие с финансово-икономическото си състояние.

Индивидуалните трудови възнаграждения на наетите в държавните и общински дружества се определят съгласно вътрешните правила за работната заплата, които съдържат реда, условията и процедурите при определянето на основните заплати по длъжности, видовете допълнителни трудови възнаграждения, критериите за определяне на възнагражденията за постигнати резултати, и др.

Към регулираното нарастване и образуване на средствата за работна заплата на държавните и общинските търговски дружества се отнася и определянето на максималния размер на възнаграждението на техните **органи за управление и контрол** – законодателят предвижда обвързване на възнагражденията по договорите за управление с ръста на средната брутна работна заплата на лечебното заведение, но не повече от дванадесет минимални месечни работни заплати за страната за изпълнителния директор или управител, и не повече от четири за другите членове. [5] Средствата за възнаграждение на управителните органи на търговските дружества не се включват в средствата за работна заплата на персонала.

3.5. Държавата детерминира и възнагражденията за **избор на лекуващ лекар или екип**, съгласно разпоредбите на наредба за достъп до медицинска помощ. [6]

Цел на регулацията – с поставянето на горна граница на сумата, която може да бъде платена за избор на лекар и екип, както и забраната да се заплаща такава услуга при условие, че има само един специалист, се цели да не се злоупотребява с доверието на пациентите. По-конкретно това се изразява в ограничаване на възможностите да се определя висока цена на услугата избор на лекар или екип, която не съответства на сложността, тежестта и риска при извършване на съответните манипулации или операции. Цели се още да бъде гарантирано правото на всеки на медицинска помощ в необходимия обем и качество, независимо от това дали се е възползвал от правото да избере лекуващ лекар или екип.

Обхват на регулацията – допълните възнаграждения на избрания лекуващ лекар или участник в операционния екип. Лечебните заведения са длъжни да поддържат електронен регистър на пациентите и съответния изпълнител на услугата „избор на лекуващ лекар и екип“, който на всяко тримесечие се изпраща в съответната регионална здравна инспекция за анализ и последващ контрол от Изпълнителната агенция „Медицински одит“.

Формиране на възнагражденията – съгласно вътрешните правила за работната заплата избраните лекари или участници в операционните екипи получават персонално възнаграждение, което представлява процент от платената от пациента сума съгласно ценоразписа на лечебното заведение. Останалата част от сумата, платена за избор на лекар или екип остава в бюджета на лечебното заведение за покриване на текущи разходи. Тези персонални възнаграждения не се изключват от регулираните средства за работна заплата на лечебните заведения – търговски дружества с над 50 на сто държавно или общинско участие в капитала.

4. Колективна (отраслова) регулация

На това равнище се гарантира достъпа на населението до медицинска помощ и безопасността на пациентите, разпределението на публичния ресурс на здравното осигуряване и колективното трудово договаряне за отрасъла.

Базово изискване за осигуряване на достъпа до медицинска помощ и безопасността на пациентите е наличието на достатъчен брой медицински персонал и гарантиране на необходимите по обем и качество здравни услуги, независимо от местонахождението или вида на лечебното заведение, в което се предоставят. Затова здравната политика включва приемането на стандарти по утвърдените в медицината специалности с минимални изисквания за нивата на компетентност на съответните структури.

Медицинските стандарти са приетите с консенсус от медицинските дружества правила за поведение в съответната специалност. Те са задължителни за всички медицински практики и лечебни заведения, независимо от собствеността и източниците на финансиране. Със заложените в медицинските стандарти императивни изисквания за минимален брой персонал и определена квалификация те влияят пряко върху разходите за персонал и необходимия размер на средствата за работна заплата.

Социалната отговорност за саморегулация на здравноосигурителната система се възлага на Надзорния съвет и управителя на здравната каса, и на съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина чрез участието им в преговорите и подписването на **национален рамков договор** за медицинска и дентална дейност. Управителят на НЗОК се избира от Народното събрание, а в надзорния съвет чрез свои представители участват държавата, синдикатите и пациентските организации. Другата страна в колективните преговори е Българският лекарски съюз и Българският зъболекарски съюз. В преговорния процес не е включена съсловната организация на фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните към тях медицински специалисти, въпреки проблемите със заестостта и заплатите на тези кадри. Лечебните заведения също нямат представители, което нарушава правата и интересите им на изпълнители на медицински и дентални дейности. Защото след договорените условия и цени в националните рамкови договори лечебните заведения подписват типови договори, в които не могат да се включват клаузи, извън рамката на вече договореното между здравноосигурителната каса и съсловната организация.

Това равнище на регулация е особено важно по отношение делегирането на част от функциите от държавата на съсловните организации в здравеопазването. Като договорни партньори на НЗОК Българският лекарски съюз и Българският зъболекарски съюз са участници в регулаторната схема за регионалното разпределение на дейности и специалисти. Статутът им на страна при ежегодното подписване на договор за цените и обемите на медицинската и денталната помощ, по които се плаща на лечебните заведения, определя двете основни съсловни организации също и като носители на права и отговорности по отношение разпределението на ограничения финансов ресурс на здравната каса между изпълнителите на медицински и дентални дейности. Икономическата криза и бюджетните ограничения оказват допълнителен натиск върху дейността на лечебните заведения и себестойността на предлаганите от тях здравни услуги, а оттам и върху възможностите да се увеличават възнагражденията на работещите в здравеопазването.

5. Договорна (организационна) регулация

На това ниво се упражнява изключителното право на синдикатите в организацията да преговарят и сключват колективен трудов договор с работодателя. /7/

Колективното трудово договаряне в лечебните заведения има за цел увеличение на заплатите, което да е обвързано с добавената стойност на осъществяваната медицинска дейност и предлаганите здравни услуги.

Договорените в колективния договор работни заплати и допълнителни възнаграждения са база при индивидуалното договаряне за работниците и служителите, които са членове на синдикалната организация, страна по договора, и за работниците и служителите, присъединили се към договора.

В лечебни заведения, в които няма сключен колективен трудов договор, и за работниците и служителите, които не са се присъединили към КТД, се прилагат клаузите на вътрешните правила за работна заплата, които са задължителен вътрешен нормативен акт на работодателя.

6. Проблеми, свързани със заплащането на труда в здравеопазването

Възприетият в нашето законодателство модел на задължително здравно осигуряване изисква по същество постигането на информираност на обществото не само по отношение на обема, реда и условията за получаване на здравни услуги, но и за ефективното разходване на публичните ресурси в лечебните заведения. Прилагането на принципа за прозрачност доведе до огласяване на някои лекарски възнаграждения от избор на екип, което от своя страна предизвика много негативни обществени нагласи. Но това са размери на индивидуални лекарски възнаграждения, несравними с тези, които в масовия случай получават работещите в държавните и общински лечебни заведения. Те дори не могат да бъдат определени като работна заплата над средната за страната. Именно ниските доходи пораждат и много проблеми в здравеопазването. Някои от тях са следните:

1. Има много вакантни длъжности в центровете за спешна медицинска помощ в страната и другите бюджетни здравни и лечебни заведения (центровете по трансфузионна хематология, държавните психиатрични болници, и др.), което се дължи на ниското заплащане и неблагоприятните условия на работа.

2. В повечето лечебни заведения няма достатъчно средства, за да може при промяна със закон на заплатите за най-ниско квалифицирания персонал да се увеличават и заплатите за всички следващи длъжностни степени, поне с ръста на минималната работна заплата за страната. При невъзможност това да бъде направено се нарушават диапазоните в системите на заплащане и се демотивира квалифицирания персонал, поради уравниловка в заплатите.

3. Регулираният с НРД обем и договорените ниски цени на медицинските дейности, по които се разплаща здравната каса, поставят търговските дружества - държавни и общински лечебни заведения в невъзможност да изпълнят законовите изисквания и да увеличават средствата за работна заплата. Поради това, в конкуренция с частния сектор, тези лечебни заведения нямат достатъчен ресурс да привличат и задържат персонал от дефицитните специалности (най-вече анестезиолози, патолози, педиатри, лъчетерапевти, и др.).

4. Възнагражденията за избор на лекар и екип трябва да се изключват от регулираните средства за работна заплата в държавните и общински лечебни заведения за болнична помощ, за да не се създава конфликт между клиничните и параклиничните специалисти. Защото с размера на възнагражденията, които получават за операцията хирурга, анестезиолога и операционната сестра/акушерка се намаляват средствата за допълнително възнаграждение за постигнати резултати на специалистите в клиничните лаборатории, в образната диагностика, в трансфузионната хематология, и др. Въведеното заплащане за избор на лекуващ лекар и екип предизвиква обществено недоволство, но се явява единственият начин да се мотивират изявените медицински кадри, за да се спре „преливането“ на специалисти към частните лечебни заведения.

7. Заключение

Постигането на двете основни цели на здравната система – достъп до висококачествени здравни грижи и ефективно използване на публичните ресурси е свързано с реформиране на сектора и активна политика по отношение мотивирането и развитието на човешките ресурси. Към настоящия момент обаче икономическата криза, не само в нашата страна, но и в страните членки на ЕС, налага ограничение на публичните разходи, като една от основните мерки в тази насока е ниският ръст на заплатите в здравеопазването. Въпреки това в сектора се наблюдава висока заетост, използване потенциала на висококвалифицирани специалисти, участие в научни изследвания и иновации, което е гаранция за запазване капацитета и бъдещо развитие на човешките ресурси в здравеопазването.

Литература

1. STEFANOV, L., KANEVA, N., Dimitrova, S. Upravlennie na darzhavnata administratsiya, Sofiya, 2007, Institut po publichna administratsiya i evropeyska integratsiya;
2. Metodika za opredelyane na vaznagrazhdeniyata na sluzhitelite v administratsiyata ot ministara po upravlenie na sredstvata na Evropeyskiya sayuz, 20.07.2012 g.;
3. Naredbata za zaplatite na sluzhitelite v darzhavnata administratsiya, prieta s PMS № 129 ot 26.06.2012 g., obn., DV, br. 49 ot 29.06.2012 g., v sila ot 01.07.2012 g.;
4. Instruktsiya № 1 ot 24.10.2007 g. za obrazuvane na sredstvata za rabotna zaplata v targovskite družhestva – lechebni zavedeniya s nad 50 na sto darzhavno ili obshtinsko uchastie v kapitala, Izdadena ot ministara na zdraveopazvaneto, obn., DV, br. 89 ot 6.11.2007 g., v sila ot 1.01.2007 g.;
5. Pravilnik za reda za uprazhnyavane pravata na darzhavata v targovskite družhestva s darzhavno uchastie v kapitala, priet s PMS № 112 ot 23.05.2003 g., obn., DV, br. 51 ot 03.06.2003 g.;
6. Naredba za osashtestvyavane pravoto na dostap do meditsinska pomosht, prieta s PMS № 119 ot 22.05.2006 g., obn., DV, br. 45 ot 02.06.2006 g., v sila ot 02.06.2006 g.;
7. RUSANOV, L. Otnosno izklyuchitelnoto pravo na sindikate za pregovaryane i sklyuchvane na kolektivni trudovi dogovori, ISME'10, 17-19 yuni 2010 g., Sozopol.

ПОТРЕБНОСТИ И ПОДБОР НА КАНДИДАТИТЕ ЗА РАБОТА В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ²⁰

²⁰ За цитиране: Кондева, Сн., „Потребности и подбор на кандидатите за работа в лечебно заведение за болнична помощ”, доклад в X Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 12” - Стопански факултет на ТУ- София, гр. Созопол, 2012 г.

DEMAND AND SELECTION OF CANDIDATES FOR WORK IN A MEDICAL CENTER FOR HOSPITAL CARE

Snezhana Kondeva

University hospital "Tsaritsa Ioanna – ISUL" – Sofia, part-time lecturer in the Faculty of Economics and Business Administration at Sofia University "St. Kliment Ohridski", Bulgaria, snkondeva@abv.bg

Abstract. *The speciality "Anesthesiology and intensive care", together with the specialties "General clinical pathology", "Pediatrics" and "Infectious diseases" is among the ones in which appears the greatest shortage of specialists on a national level. The number of nurses also does not meet the demands as the main reasons are the decreasing interest of the young people to this profession and growing old of the employed personnel. In the present report are presented the facts in the supply and demand of labor force in the public health and the selection process for the candidates to work in University Hospital "Tsaritsa Ioanna – ISUL" for a period of 2 months.*

Keywords: *anesthesiologists, supply and demand of work, public healthcare.*

1. Въведение

По повод съобщението на Националната агенция по приходите от 8.03.2012 г. за увеличаващият се брой декларации, подавани по интернет, в пресата се появи интерпретация, че сред професиите на най-богатите българи е и тази на лекаря. Един такъв текст ни отклонява значително от реалното състояние на пазара на труда в здравеопазването.

Затова в настоящия доклад са представени фактите при търсенето и предлагането на работна сила в здравеопазването, и подборът на кандидатите за работа в Университетска болница „Царица Йоанна – ИСУЛ“, за период от два месеца.

2. Кадрови проблеми и потребности от персонал

При несъвършената уредба на системата за придобиване на медицинска специалност у нас кадровите проблеми с **лекарите анестезиолози** във всички лечебни заведения бяха очаквани. В интерес на истината трябва да се отбележи, че недостиг на анестезиолози има и в страните на Европейския съюз и САЩ, но условията за специализация са различни. Затова заплатата и битовите условия, като водещ мотивиращ фактор, преразпределят специалистите от Източна Европа към по-развитите европейски страни, а лекарите от страните на ЕС търсят по-добра реализация и по-високо заплащане зад океана. [1] Независимо от това, медицината не може да прави компромис с безопасността на пациентите и поради тази причина в медицинските стандарти на съответните специалности има императивни изисквания за квалификация на персонала [2], ниво на компетентност за структурата и минимален брой специалисти анестезиолози за лечебното заведение. [3] Тази нормативна уредба детерминира мениджмънта и в много случаи поставя болниците в крайна зависимост от синдикалните искания, в следствие на което се нарушават основни принципи по отношение управлението на персонала и на заплатите. Какви са проблемите в лечебните заведения при прилагането на медицински стандарт „Анестезиология и интензивно лечение“.

В наредбата за изискванията към лечебните заведения за болнична помощ са посочени показателите, определящи вида и сложността на диагностично-лечебната дейност. Нивото на компетентност се определя за всяка болнична структура, в зависимост от наличието на минимален брой лекари със или без специалност, минимална обезпеченост с апаратура, и минимален обем дейност – брой прегледи, брой преминали болни, брой анализи, брой изследвания, брой операции, и др. По този начин се оформят три типа болници:

Първият тип е лечебно заведение без самостоятелна структура по медицински стандарт „Анестезиология и интензивно лечение“. Дейността се ограничава до даване на регионална, венозна и многокомпонентна инхалационна анестезия при хирургични интервенции, и се извършва интензивно лечение само при проявяващи се по време на анестезията критични нарушения в жизнено важните функции на пациента. Минималното изискване е за двама лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение. Към този тип се причисляват общинските болници и някои частни лечебни заведения в страната.

От втория тип са болниците, които осигуряват задължителните по стандарт организационна и материална готовност за 24-часов прием в самостоятелна структура за интензивно лечение. Наличните човешки ресурси трябва да осигуряват непрекъсваемо и равностойно осъществяване на интензивно лечение и наблюдение през цялото денонощие, като лекарите със специалност не могат да бъдат по-малко от четирима. Компетентността на структурата е осъществяване на местна, проводна и обща анестезия при хирургични интервенции, на животоспасяващи дейности и интензивно лечение в обособена структура. Повечето болници от този тип са областните. Има и частни такива.

Третият тип са най-вече университетските болници, в които се правят операции с голям обем и сложност, и се осъществява интензивно лечение. Компетентността им включва пълен обем анестезиологична дейност и интензивно лечение, при изпълнение и на условията на територията на лечебното заведение да има клинична и микробиологична лаборатория с II или III ниво на компетентност, рентгенов апарат, скенер и ядрено-магнитен резонанс, както и отделение по обща и клинична патология на територията на населеното място. Изискването на стандарта е за най-малко седем лекари със специалност.

Лечебните заведения за болнична помощ, в които към самостоятелната структура има разрита Шокова зала трябва да осигурят 24-часов режим в залата с най-малко шест лекари и шест сестри.

Разходите за поддържане на материалната база, оборудването, абонаментния сервиз на апаратурата, лекарствата, консумативите, хигиенните материали и др. за лечебните заведения от най-високото ниво на компетентност са значително по-високи от разходите на болниците от първия и втория тип. Заплатите на лекарите анестезиолози обаче са обратно пропорционални: средната брутна месечна заплата в болница, в която двама лекари извършват само анестезиологична дейност при хирургични интервенции е около 2600 лв.; в болница със самостоятелна структура по интензивно лечение и персонал от четирима до осем лекари, средната заплата за специалистите е около 2100 лв., а за болниците, в които освен че се осъществява пълния обем дейност се провежда и обучение на специализанти по специалността „Анестезиология и интензивно лечение“, средните заплати са около 1500 лв. Болници, които могат да осигурят работа под наблюдението от лекар анестезиолог, плащат на лекарите без специалност средно за страната около 1084 лв. Разходите за заплати и осигуровки в областните и общинските болници се движат между 50 и 60 на сто от общите разходи на лечебното заведение.*

По-ниските заплати на анестезиолозите в големите болници се компенсират от възможностите за работа по допълнителен договор в лечебни заведения за извънболнична помощ или в частни структури. В по-малките градове предлагането на допълнителна заетост е по-ниско, затова на регионално ниво управителите и директорите се конкурират помежду си в предлаганото заплащане по основен трудов договор.

Самостоятелно интензивно лечение може да се осъществява по две клинични пътеки в структури от трето ниво, но много рядко има пациенти, при които се прилага този алгоритъм. Основно пациентите са на други клиники или отделения, за интензивното лечение на които министерството покрива една малка част от разходите. Затова анестезиологичната дейност и интензивното лечение почти нямат самостоятелно финансиране, а издръжката им е за сметка на хирургичните болнични структури. От друга страна, ако няма необходимия брой лекари анестезиолози не може да се сключи договор със здравната каса за хирургичните клинични пътеки и приходите на болницата намаляват. В тази ситуация исканията на анестезиолозите за по-високо заплащане се удовлетворяват до равнище, превишаващо заплатите на хирурзите.

Всички клиники, отделения и лаборатории на Университетска болница „Царица Йоанна – ИСУЛ“ са с трето ниво на компетентност. В петте хирургични клиники, някои от които имат повече от една операционна зала, се извършват много големи и уникални операции, като тази при която беше реплантирана ръка на 52-годишен мъж. [4] Спешното отделение с Шокова зала е част от националната система за спешна помощ и един от петте центъра за столицата. В Клиниката по анестезиология и интензивно лечение се осъществява интензивно лечение в пълен обем и същата е донорски център за откриване на потенциален донор и установяване на мозъчна смърт по Закона за трансплантациите. На основен трудов договор са 18 лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение и 8 лекари без специалност, които работят под наблюдение на специалист.

** Информацията е получена по реда и условията на Закона за достъп до обществена информация.

За да се изпълнява ритмично плановия оперативен график на клиниките, да се покрива денонощно спешната медицинска помощ и да се осъществява 24-часа интензивно лечение, в болницата е необходимо да бъдат назначени още двама лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение. Към недостига на анестезиолози за диагностично-лечебния процес се прибавя и този за научната и учебната дейност, и развитието на преподавателския състав.

Потребността на болницата от **медицински сестри** в дневния стационар на Клиниката по медицинска онкология се появи вследствие промяна на нормативната уредба. От началото на 2011 г. започна поетапно преминаване от бюджетно финансиране към заплащане от НЗОК на лекарствените продукти, предназначени за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ. (чл. 45, ал. 13 от ЗЗО) При заплащане от здравната каса времето за провеждане на химиотерапията се скъсява, понеже решението за започване на лечението и при необходимост от смяна на лечебната тактика се взема от онкологичен комитет, създаден в съответното лечебно заведение. В предходния период тези решения се изпращаха в министерството, където на определен период от време заседаваше комисия за потвърждаване и отпускане на лекарствените продукти, предназначени за лечение на онкологични пациенти.

При прехода имаше неблагоприятия - някои онкологични центрове в страната не успяха да проведат навреме обществените поръчки, или нямаше кандидати за изпълнители на доставките, поради липса на интерес у фармацевтичния бизнес към заявените количества. В резултат на това се получи естествено преразпределение на пациентите към болниците, които вече бяха провели обществените поръчки и имаха осигурени лекарствени продукти за химиотерапия. Една от тези болници беше и нашата, и за да не се предизвиква обществено недоволство поради върнати пациенти, се взе решение в дневния стационар да се извършва химиотерапия на две работни смени. След като НРД, 2012 даде възможност тези медицински процедури да се извършват не само в болница, се появи нов кадрови проблем - няколко медицински сестри от клиниката напуснаха заради предложените им по-високи заплати от лечебните заведения в извънболничната помощ.

Една от основните дейности в болницата – провеждането на обществени поръчки се осъществява само от двама **специалисти в сектор „Договори и договорни партньори“**. В сектора се планират и провеждат обществени поръчки за доставки, услуги и строителството. Предоставянето на качествена здравна услуга се гарантира с осигуряването на ресурсите, свързани пряко с диагностично-консултативната и лечебна дейност – лекарства, лабораторни реактиви, превързочни материали, общ и специфичен консуматив, диализни разтвори, дезинфектанти и хигиенни консумативи. Следва осигуряването на съпътстващите дейности – пране, гладене и дезинфектиране на болничното бельо, извозване на опасни и неопасни битови отпадъци, осигуряване на храна за болните, абонаментен сервиз и профилактика на медицинската апаратура. Реновирането и модернизирането на сградния фонд и оборудването са задължителни в период на засилваща се конкуренция с нововъзникващите частни лечебни заведения. Работата е свързана с непрекъснато следене на законови срокове, неспазването на които води до административни санкции. Голямата натовареност и отговорност не позволяваше на служителите в сектора да ползват отпуск, а ако ползваха след това се нарушаваше графика за провеждане на обществените поръчки. Затова беше взето решение съставът да се увеличи и да се търсят кандидати за две вакантни длъжности.

3. Обявяване на свободни позиции и кандидатстване

Обявата за свободното място за **лекар анестезиолог** публикувахме в jobs.bg на 06.01.2012 г. Три седмици по-късно тя беше видяна от 296 потребители и изпратена само една автобиография. Беше проведен разговор и разменени уточняващи въпроси за професионалния стаж на кандидата и условията на работа в болницата, но не последва потвърждаване на кандидатурата за заемане на позицията. След неуспешния опит в jobs.bg обява, че болницата търси да назначи лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение беше публикувана в zdrave.net и в още два медицински вестника. Няма постъпили заявления.

Обявата за свободни места за **медицински сестри** в медицинска онкология публикувахме в jobs.bg на 18.01.2012 г. и същата беше видяна от 910 потребители. Постъпиха девет автобиографии. Една от тях беше на акушерка. Независимо, че има стаж като медицинска сестра, след влизане в сила на Закона за признаване на професионални квалификации не може акушерка да работи на длъжност медицинска сестра и поради

тази причина отпадна от списъка за преглед на квалификацията на кандидатите. Останалите осем кандидатки бяха на възраст от 32 до 48 години, със стаж средно около 15 години. Имаше кандидатки със стаж като медицинска сестра – регистратор, старша медицинска сестра в хирургия, търговски представител, а останалите не бяха работили в последната една година. След преценката на главната медицинска сестра на досегашния професионален опит и запознаване на кандидатките с работата с онкологично болни в дневния стационар, нямаше назначена медицинска сестра.

През месец септември 2007 г. по обява в jobs.bg за свободната позиция в сектор „Договори и договорни партньори” бяха подадени три автобиографии, яви се и беше назначена една от кандидатките. След един месец напусна и оттогава тази длъжност е вакантна. Понеже не бяхме следили промените в търсенето и предлагането на работа, сегашното ни решение беше да обявим само една свободна позиция за **административно-правен организатор**, очаквайки ситуацията от 2007 г. да се повтори. Обявата публикувахме в петък на 06.01.2012 г. В първите 24 часа тя беше видяна от 1005 потребителя, а до третия ден в понеделник бяха подадени 132 автобиографии. Докато беше активна потребителите станаха 1860, а кандидатите за работа – 168.

Изискването беше само за висше образование и затова кандидатите бяха икономисти (30,36 %), юристи (25,6 %), инженери (5,95 %) и с друго образование (38,09 %) - културология, политология, българска филология, теология, балканистика, история, социология, международен туризъм, връзки с обществеността, европейстика, международни отношения, бизнес администрация, администрация и управление. 75 % от кандидатите бяха жени. Броят на кандидатите на възраст до 29 години беше най-голям – 82 или 48.81 % от кандидатите.

Стажът на същата или подобна длъжност можеше да бъде предимство, но не беше задължително условие. Възможността да се кандидатства без задължителен стаж по специалността беше накарала някои кандидати да запишат в професионалния си опит, че са работили в „елитни столични клубове и ресторанти”, или че основни дейности и отговорности на заеманата преди това длъжност маникюрист е „правене на цветен маникюр с и без декорации; брокатни татуировки; слагане на мигли”. Почти половината от кандидатите (42,26 %) бяха със стаж до 5 години и само 14,29 % имаха стаж по специалността, която бяха завършили.

При прегледа на професионалната квалификация и стаж бяха одобрени 36 кандидати.

След многократните ми посещения в сайта за търсене и предлагане на работа реших да проверя възможностите на лицата, които не са безработни, но по една или друга причина искат да сменят работата си. Кандидатствах по четири позиции, три от които бяха в категория „човешки ресурси”, йерархично ниво „мениджмънт” и една в категория „право” - „експерти/специалисти”. В мотивационното писмо информирах потенциалните си работодатели, че не съм активно търсеща работа, но искам да я сменя с равностойна управленска длъжност и получавана заплата. По първата мениджърска длъжност кандидатите преди мен бяха 375, а обявата беше разгледана от 2710 уникални потребители. По втората кандидатите бяха 260, а обявата разгледана от 2151 потребители, при третата бях 141-вия кандидат при 1864 потребители. За длъжността на специалист по обществени поръчки бяха кандидатствали 59 човека, а към този момент обявата беше разгледана от 1400 уникални потребители. Нямам покана или обаждане по тези обяви.

4. Провеждане на подбора

Подборът провеждах лично, понеже процедурите по обществените поръчки и сключването на договорите са в моя ресор. Започнах с въпроси по електронната поща.

С първия имейл съобщих на одобрените 36 кандидати работната заплата и ги попитах какви са техните очаквания за работата на тази длъжност? От 29 кандидати получих отговор, че заплатата ги удовлетворява и потвърждават кандидатурата си. Нямаше изразени очаквания, които да надхвърлят задълженията и отговорностите на персонала в сектора.

С втория имейл им зададох пет конкретни въпроса за обявена обществена поръчка с предмет „Доставка на медицински изделия – кардиостимулатори за УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД”. Информацията за тази обществена поръчка, както и за всички останали, може всеки да намери на Портала за обществени поръчки и в сайта на болницата. Отпаднаха 7 кандидати - 6 юристи и 1 икономист. Останалите бяха дали верни отговори, като разлика имаше в обема на текста. Някои от тях бяха посочили само датите, на които

изтичат сроковете за различните етапи от провеждането на обществената поръчка, а другите бяха обвързали тези срокове с разпоредбите на закона.

С третия имейл изпратих разширен вариант на верните отговори и ги попитах как преценяват, че са се справили? Двама от кандидатите, които имаха опит и самочувствие на добри специалисти в тази област, но бяха дали кратък отговор, ме упрекнаха, че предварително не съм дала изисквания за формат. Поясних, че не коментирам верността на отговора, а очаквам да разбере тяхната самооценка. Освен твърденията на тези двама кандидати, че са се справили отлично, останалите отговориха, че са могли да отговорят по-подробно.

С четвъртия имейл ги попитах след разменените писма по електронната поща, какво знаят за мен и за болницата? Отговорите за ИСУЛ бяха стандартни, но за себе си разбрах, че съм „стриктна правистка” и още, че една от кандидатките би искала да съм ѝ леля.

На всички кандидати обясних, че задавам последния въпрос, защото работата в сектора изисква непрекъсната проверка на заявени и декларирани възможности на контрагентите ни. Нямаше кандидат, който да беше направил справка в Търговския регистър, но и прегледа на информацията в сайта на болницата беше достатъчен.

С това приключи компютърният тест за достъп.

Следващият етап от подбора включваше лична среща с кандидатите. На тях поканих да присъстват колегите от сектора и главния юрисконсулт, за да разбере и тяхното мнение. Нашето предложение до изпълнителния директор беше за двама кандидати, със следната обосновка:

За първия кандидат, с образование магистър инженер, досегашен опит като брокер и добра компютърна грамотност – отговаря без грешка на зададените пет въпроса за обществената поръчка, независимо че досега няма професионален опит, свързан с естеството на задълженията, с което показва, че има желание да усвоява нови знания и умения, да работи в критична ситуация (до този момент кандидатът не беше създавал документи по Закона за обществените поръчки, но след зададените въпроси по имейла не се отказва, а потърси и намери верните отговори); мотивиран да се квалифицира в тази област и да се реализира в екип. В случай, че през изпитателния 6-месечен срок се справи е с перспектива да не сменя работата в сектора.

За втория кандидат, с образование магистър по право с юридическа правоспособност, досегашен опит като технически сътрудник в подготовката на документи за явяване на търгове от страната на изпълнителите на обществени поръчки и добра компютърна грамотност - отговаря правилно на зададените пет въпроса за обществената поръчка, ползвайки само електронната страница на ДВ. Това показва увереност в осъществяваните досега дейности – постоянен преглед на обявяваните обществени поръчки, в които е можел да участва бившият работодател. В интервюто заявява желание като юрист да работи изключително в областта на обществените поръчки. На въпроса за очакванията от работата в сектора отговаря, че служителят трябва да бъде отговорна и стриктна личност, да може да организира работата си, да следи и спазва изискуемите срокове и да може свободно да комуникира с физически и юридически лица, като счита че може да изпълни тези задължения. Най-вече поради младежката възраст, съществува вероятност да използва работата в сектор „Договори и договорни партньори” за трамплин и удобна длъжност по време на криза и безработица.

В сектора вече започнаха работа двама нови колеги.

5. Изводи

Първо, дефицитът на лекарите анестезиолози застрашава много болници в страната да бъдат лишени от разрешение за осъществяване на хирургична дейност, а оттам и да изпаднат във фалит.

Второ, лекарите анестезиолози, включително и пенсионерите, са намерили вече работно място с удовлетворяващо заплащане и условия на труд, тъй като почти навсякъде работодателите са използвали в максимална степен възможностите за мотивация и задържане на постоянна работа на тази категория персонал. Всяко по-нататъшно разтваряне на ножицата при определяне на заплатите в болниците може да доведе до нежелани реакции от страна на останалия персонал.

Трето, засега и вероятно в следващите няколко години, набирането на персонал със специалност по анестезиология и интензивно лечение не може да се случи чрез обява, отправена към неопределен брой потенциални кандидати. Възможностите са работодателите да предприемат активно търсене и

персонализиране на предложението за работа, но тези действия са по-скоро в сферата на нелоялната конкуренция при набирането на персонал. Ефективният вариант е промяна в законодателството, с която да се регламентира правото и съответната отговорност на специализантите при самостоятелно осъществяване на определени медицински дейности, признати и от страните по Националния рамков договор.

Четвърто, условна е употребата на термина „подбор“ при медицинските сестри, особено за работа в клиники и отделения с голям брой пациенти в много тежко здравословно състояние. Проблемът е в намаляващия интерес на младите хора към тази професия и застаряването на заетите. Медицинските сестри с повече опит не обвързват бъдещото си развитие с работа в чужбина, но са склонни да сменят работодателя заради заплата, с 50 лв. по-висока от получаваната. Затова един от основните проблеми за държавните болници е агресивното набиране на квалифициран персонал от частните лечебни заведения.

Пето, за кандидатите и подбора на немедицински персонал важат общите резултати от наблюдението на работната сила през 2011 г. [5], като основният е младежката безработица. За целите на този доклад възрастовата граница на младите хора е 29 години (48.81 % от кандидатите), а не както е в националната статистика – 24 години. И въпреки това имаше кандидати и над 30 години, които бяха завършили няколко магистратури и квалификационни програми, но все още не бяха работили.

Шесто, увеличава се категорията на обезкуражените лица* [8], които си служат постоянно с изреча: „Ако нямаш връзки, не можеш да си намериш работа.“ Затова голяма част от кандидатите за длъжността специалист не бяха проявили интерес към институцията, в която изпращат своята автобиография. Дори и тези, с които се проведе компютърният тест, научиха нещо повече за болницата, след като им зададох изрично въпроса.

Седмо, квалификацията на завършилите висше образование не съответства на потребностите на пазара на труда, което е видно от малкия процент кандидати (14,29 %), които имат професионален стаж по специалността, която са завършили.

Осмо, налаганата напоследък от Европейската служба за подбор на персонал (EPSO) процедура за подбор на служители на ЕС [9], в която се акцентира върху уменията, а не върху фактическите познания, се пренася постепенно като принцип и при кандидатстването за всяка длъжност. Независимо, че някои бяха завършили теология, история, връзки с обществеността, бизнес етика, културология и др., кандидатстването им за заемане на позиция в сектора за обществени поръчки, демонстрира приоритетите на младото поколение за моженето да правят нещата, пред знанието как се правят нещата.

Девето, пазарът на труда е почти напълно затворен за хора, които не са безработни, но по една или друга причина биха искали да сменят своята работа или сфера на дейност.

Десето, засилва се предпочитанието на младите хора към работа като държавен служител, макар и по-ниско платена, но с възможности за командировка в Брюксел по европейски проекти. Единият от предложените кандидати междувременно спечели конкурс в министерство и работата в сектор „Договори и договорни партньори“ беше предложена и заста от следващия кандидат с юридическо образование.

5. Заключение

Проблемите с човешкия потенциал в здравеопазването ще продължат да се задълбочават ако няма ясна стратегия за квалификация, обвързана с по-добро заплащане и по-добри условия на труд и специализация. Това налага преосмисляне статута на Българския лекарски съюз и другите съсловни организации, създаването на Камара на съсловните организации в здравеопазването и саморегулираща се система на медицинска специализация и продължаващо обучение.

Литература

1. www.hospital.bg;
2. Закон за признаване на професионални квалификации, обн. ДВ, бр. 13 от 08.02.2008 г., последно изм. ДВ, бр. 61 от 09.08.2011 г.;
3. Наредба № 49 от 18.10.2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-сосиални грижи, обн. ДВ, бр. 83 от 22.10.2010 г., последно доп. ДВ, бр. 53 от 12.07.2011 г., в сила от 13.08.2011 г.;

* Обезкуражени лица са лицата, извън работната сила, които желаят да работят, но не търсят активно работа, защото не вярват, че ще намерят.

4. www.isul.eu – novini, 6 mart 2012;
5. www.nsi.bg – Osnovni rezultata ot nablyudenieto na rabotnata sila prez 2011 g.;
6. Pak tam;
7. www.europa.eu , IP/10/262, Bryuksel, 11 mart 2010 g.

КЛАУЗА „ИЗПИТАТЕЛЕН СРОК” ЗА ЛЕКАРИТЕ ПРЕПОДАВАТЕЛИ²¹

²¹ За цитиране: Кондева, Сн., *„Клауза „изпитателен срок” за лекарите преподаватели*”, доклад в X Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 12” - Стопански факултет на ТУ-София, гр. Созопол, 2012 г.

CLAUSE "PROBATION PERIOD" FOR DOCTORS LECTURER

Snezhana Kondeva

University hospital "Tsaritsa Ioanna – ISUL" – Sofia, part-time lecturer in the Faculty of Economics and Business Administration at Sofia University "St. Kliment Ohridski", Bulgaria, snkondeva@abv.bg

Abstract. *The doctors who are lecturers in the field of public health care have two employers in two labor relationships. The grounds for their occurrence are also different. The labor relationship with the university hospital originates from employment agreement that gives the employer the legal possibility to negotiate in its favor a probation period before the final acceptance of the job. In the present report the accent falls on the function of the doctors as lecturers in forming the educational and health service.*

Keywords: *doctor lecturer, educational service, health service, probation period, public health care.*

1. Въведение

Лекарите преподаватели в здравеопазването имат двама работодатели по две трудови правоотношения. Основанията за възникването им също са различни. Трудовото правоотношение с университетската болница възниква от трудов договор, което дава правна възможност на работодателя да уговори в своя полза изпитателен срок преди окончателното приемане на работа. [1] Изискването за съгласуване на прекратяването и назначаването на лекари, които са и преподаватели, е във връзка с едновременното прекратяване на трудовите договори и осигуряването по основното и допълнителното трудово правоотношение. [2]

Това е заключението от правния анализ, направен преди изпълнителният директор на Университетска болница „Царица Йоанна – ИСУЛ“ да вземе решение за прекратяване на трудовия договор с лекар в срока за изпитване. Води се съдебен спор за възстановяване на заеманата длъжност „лекар“ преди уволнението. Ищецът оспорва действителността на клаузата „изпитателен срок в полза на работодателя“ в трудовия договор с университетската болница, с твърдението че се е явил и спечелил конкурс за „доцент“, обявен от медицинския университет, въз основа на който е създадено трудовото правоотношение за допълнителен труд като преподавател. Счита, че прекратяването на трудовия договор с болницата е незаконно и поради писмено изразено несъгласие за прекратяване на основния трудов договор от страна на ректора, който е работодател по допълнителния трудов договор за упражняване на академичната длъжност „доцент“. [3] Във връзка с отказа да бъде съгласувано прекратяването на трудовия договор като лекар, ректорът не е взел решение и не е прекратил трудовото правоотношение с университета.

Целта на настоящия доклад е да се разграничи функцията на лекарите преподаватели при формирането на образователната услуга, от тази при създаването на здравна услуга, като не се разглежда ролята на научно-преподавателските кадри за развитието на медицинската наука и практика.

2. Възникване на трудово правоотношение и упражняване на академична длъжност в медицински университет.

Нормативни актове: Закон за висшето образование (ЗВО); Закон за развитието на академичния състав в Република България (ЗРАСРБ), Правилник за прилагане на Закона за развитието на академичния състав в Република България (ППЗРАСРБ).

Длъжността „доцент“ може да съществува само във висше училище или научна организация, като част от академичния състав. Отделната академична длъжност се заема и упражнява по индивидуално трудово правоотношение, възникнало след проведен конкурс и избор. Самият конкурс се обявява по определен ред – обявата за конкурса се публикува в „Държавен вестник“ след решение от академичния съвет по предложения на основните звена на висшето училище. (чл. 3, ал. 1 от ЗРАСРБ; чл. 50 от ЗВО) Трудовото правоотношение възниква между висшето училище и лицето, спечелило конкурса от деня на утвърждаване на избора от ректора, който сключва трудов договор за длъжността „доцент“ в срок от един месец след тази дата. (чл. 59 от ППЗРАСРБ)

Научното жури и факултетният съвет /специализираният научен съвет и ВАК по отменения Закон за научните степени и научните звания/ оценяват кандидатите по показатели, свързани с учебната и научноизследователската дейност – аудиторни и извън аудиторни занятия, публикувани учебни материали, работа със студенти и докторанти, участие в научноизследователски проекти, участие с доклади на международни и национални научни форуми и др. (чл. 27 от ЗРАСРБ)

След заемане на академичната длъжност първоначалната оценка на научното жури трябва да се актуализира по време на упражняването на трудовото правоотношение като университетът оценява приноса на всеки член на академичния състав и атестира веднъж на 3 години нехабилитираните и веднъж на 5 години хабилитираните преподаватели. (чл. 57, ал. 1 от ЗВО)

Показателите при възникване на трудовото правоотношение с университета, посочени по-горе, и показателите при атестирането на хабилитираните и нехабилитираните преподаватели са идентични. При атестацията оценката също се отнася само до учебната и научна дейност - изпълнение на норматива за учебна заетост, разработени нови семинарни и/или лабораторни упражнения, учебници и учебно-помощна литература, научна продукция, ръководство на дипломанти, докторанти и специализанти. При оценката се взема предвид и студентското мнение за дейността на преподавателя (чл. 57, ал. 2 от ЗВО).

Оценяваните качества и компетентност на кандидатите по упражняването на академичната длъжност „доцент” са коренно различни от качества, компетентността и начина на изпълнение на длъжностните задължения по трудовия договор като лекар в университетската болница. Академичната длъжност е пряко свързана с трудовата функция на физическото лице, т.е. работодателят не определя съдържанието и начина на провеждане на лекции и упражнения, не определя процедура за научно ръководство на докторанти и специализанти, не определя технологията за извършване на научни изследвания и разработки, и др. Затова и изискването към академичния състав е да изпълнява задълженията си в съответствие с кратка характеристика или описание на работата и утвърден индивидуален план за дейността. Преподавателите сами разработват и оповестяват по подходящ начин описание на водените лекционни курсове и посочват учебното съдържание. (чл. 56 от ЗВО) За академична длъжност „доцент” като специфична трудова функция може да се говори само във връзка с висшето училище, затова е немислимо от фактическа и от правна гледна точка такава длъжност да съществува в болница. Правният режим за възникване на трудовите правоотношение във висшето училище, е заменен в университетската болница с изискванията на медицинските стандарти за квалификация на кадрите и за гарантиране безопасността на пациентите. Поради задължението да се спазват алгоритмите при диагностика и лечение на различните заболявания, в лечебното заведение предварително се определят условията, технологията и трудовите функции, а работодателят прави подбор на най-подходящия персонал за тяхното изпълнение. Докато във висшето училище се търси преподавател, който с научните си публикации и лекционни курсове допринася за развитието на учебната и научната дейност и формира крайния резултат – образователната услуга по конкретна дисциплина.

В частния случай, конкурсът за „доцент”, който е основанието за искането за отмяна на клаузата за изпитателен срок, е обявен и проведен при условията на стария закон и затова не разполагам с рецензиите. ВАК присъжда научно звание „доцент”, което означава, че СНС е оценил най-високо научните достижения на този кандидат. Но същият лекар, преди да е приключило делото за възстановяване на заеманата длъжност „лекар”, се яви на обявен отново конкурс за „доцент” в същата клиника. Рецензиите по втория конкурс са достъпни на сайта на медицинския университет [4], откъдето е видно, че журито този път не е било впечатлено от огромното количество, а преценява научните трудове като некоректно представени – само резюмета без публикации, монографии без рецензенти, безсмислени експерименти за използване на субстанции и проучване на процеси, които към датата на провеждането им вече широко се прилагат в медицинската практика. Към творчеството на този лекар можем да прибавим и поместени в пресата негови научни изводи, като този: „Това е единственият засега хирургически комплект, намерен на територията на древна Тракия. Археологическият извод е, че траките са имали не само организирана първична помощ, но и организирана форма на болнично лечение. Те са работели в екип при сложни операции.”

3. Възникване на трудово правоотношение и изпълнение на задълженията за длъжността лекар в университетска болница.

Нормативна уредба: Кодекс на труда (КТ), Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ).

При трудовото правоотношение се извършва работа при условия и ред, определени от работодателя в рамките на закона. Предварително са регламентирани: изискванията към работната сила по отношение на образование, квалификация, стаж и брой в зависимост от потребностите на осъществяваната дейност; условията на труд, вътрешния ред, работното време, почивките и отпуските, заплащането „от – до” за съответните длъжности и други условия и изисквания, ако не противоречат на императивни разпоредби. Ако работникът или служителят ги приеме е длъжен да ги спазва.

В трудовия договор се определя длъжността и характера на изпълняваната работа. Работодателят запознава работника или служителя с трудовите задължения и връчва екземпляр от длъжностната характеристика. Трудовият договор определя времетраенето за изпълнение на договорената работа – дата на сключване, начало на изпълнение и срок на трудовия договор, еднакъв срок на предизвестие и за двете страни при прекратяване на трудовия договор.

При сключване на трудов договор преценката на работника или служителя дали работата е подходяща за него, а за работодателя – дали работникът или служителят е подходящ да изпълнява тази работа, не може да се извърши по друг начин, освен в самия процес на работа. [5] Затова в Кодекса на труда е регламентиран и трудов договор със срок за изпитване. По същество този договор не е срочен, защото може да се уговори, както за заемане на постоянна длъжност, така и при срочен договор за определено време, определена работа, за заместване и за работа до конкурс. Срокът за изпитване е до шест месеца и се уговаря в полза на една от страните или в полза и на двете само при постъпването на работа. [6]

В срока за изпитване страната, в полза на която е уговорен срокът може да прекрати трудовия договор без да дължи предизвестие и без да мотивира своето решение. След изтичане на изпитателния срок трудовият договор се счита за окончателно сключен като трудов договор за неопределено време или като срочен трудов договор.

През време на изпитването и двете страни имат правата и задълженията като при окончателния трудов договор.

В казуса, който представям трудовият договор е за неопределено време, със срок за изпитване в полза на работодателя от деня на подписването му. Уговорената клауза „изпитателен срок” е действителна и законосъобразна, тъй като няма обявен и проведен конкурс за заемане на длъжността „лекар”, и изпълнителният директор не е имал предварителна оценка на качествата и компетентността на лицето като клиницист.

4. Класификация на длъжността „доцент” и на длъжността „лекар, специалист”.

Специалната правна уредба в ЗВО [7], ЗРАСРБ и правилникът за неговото прилагане се отнася за академичния състав във висшите училища и научните организации. В чл. 48, ал. 3 на ЗВО категорично се разграничава трудовото правоотношение за преподаване от работата в университетската болница. Това е и основен принцип на трудовото право – не може да съществува едно и също трудово правоотношение с двама работодатели. Статусът на лекарите преподаватели е работа по основно трудово правоотношение като лекари в университетска болница и по допълнително трудово правоотношение като преподаватели в медицинския университет. Това са две различни правоотношения – по основното трудово правоотношение за изпълнение на задълженията като лекар, работодател е изпълнителният директор на университетската болница, а по трудовото правоотношение за допълнителен труд, в конкретния случай, за упражняване на академичната длъжност „доцент” в извънработното време по основния договор, работодател е ректора на медицинския университет. В университетската болница трудовото правоотношение възниква въз основа на трудов договор, а трудовото правоотношение с медицинския университет – въз основа на спечелен конкурс и утвърден избор.

В тази връзка и длъжността „доцент”, и длъжността „лекар” са отделни позиции в структурата на Националната класификация на професиите и длъжностите, 2011 г. (НКПД-2011), а именно:

1. Клас 2 – специалисти, подклас 22 – медицински специалисти, група 221 – лекари, единична група 2212 – лекари, специалисти;
2. Клас 2 – специалисти, подклас 23 – преподаватели, група 231 – преподаватели във висши училища, единична група 2310 – доцент, висше училище.

В методологичните бележки, точка 3 е записано, че „НКПД-2011 осигурява изпълнението в Република България на изискванията на Регламент (ЕО) № 1022/2009 (ОВ, L 283 от 30 октомври 2009 г.) и на Препоръка 2009/824/ЕО на Комисията от 29 октомври 2009 г., относно използването на ISCO-08.”

5. Процедура при сключване и прекратяване на трудов договор с лекар преподавател и мотивиране на решението в срока за изпитване.

Основанието за възникване на трудовото правоотношение за длъжността лекар в университетска болница е трудовия договор, т.е. страните по собствена воля създават правоотношението, свободно договарят съдържанието на трудовия договор и го прекратяват съгласно Кодекса на труда. [8] В тази връзка изискването на чл. 69, ал. 2, т. 3 от ЗЛЗ, изпълнителните директори да сключват и прекратяват трудовите договори с лекарите преподаватели след съгласуване с ректора на съответното висше медицинско училище, не променя съдържанието и договорния характер на възникването и прекратяването на трудовото правоотношение с университетската болница. Смисълът на това съгласуване е институционална размяна на информация за свободните щатни длъжности и за спазване на сроковете за регистрация в Националната агенция по приходите. [9] В определени случаи обаче медицинските университети тълкуват термина „съгласува”, по същия закон, като разрешение за изпълнителния директор да прекрати трудовия договор. Правната последица от един такъв отказ е прекратяване на допълнителния и сключване на нов основен трудов договор за преподаване с университета, защото няма клауза за автоматично превръщане, след уведомлението, че основният договор с болницата е прекратен. [10] Най-често в практиката ректорът не изразява изрично съгласие, а прекратява допълнителния трудов договор с този лекар преподавател. Това е и целта на законодателя - да осигури едновременност в действията на двамата работодатели при прекратяване на трудовото правоотношение и осигуряването, а не да ги ограничава при провеждането на самостоятелна кадрова политика.

Процедурата няма разрешителен характер и при възникване на трудовото правоотношение въз основа на конкурс и избор. Отново в Закона за лечебните заведения (чл. 80, ал. 2) се указва на висшето медицинско училище да обявява конкурс след предложение и съгласувано с изпълнителния директор на съответната университетска болница, но ако предложението не бъде прието от факултетния съвет, няма императивна разпоредба такъв да бъде обявен. Съгласието на изпълнителния директор да бъде обявен конкурс не е част от фактическия състав на основанието за възникване на трудово правоотношение с научно-преподавателските кадри. Защото висшето училище самостоятелно определя академичния си състав, спазвайки условията и реда, посочени в ЗРАСРБ и собствените си правилници. Прилагането на двата основни принципа - на автономност (за ректора) и на оперативна самостоятелност (за изпълнителния директор), определя съгласуването по закон като елемент от партньорските отношения между медицинския университет и университетската болница, и изключва административна процедура на власт и подчинение.

Трайната съдебна практика е, че не се мотивира решението за прекратяване на трудовия договор от страната, в чиято полза е уговорен изпитателният срок. Отрицателната преценка черпи своята сила от свободата на договаряне за сключване на окончателен трудов договор. [11] Независимо от това решението на изпълнителния директор на Университетска болница „Царица Йоанна – ИСУЛ” е взето след представен подробен доклад от началника на клиниката за резултатите от извършваната от лекаря доцент дейност. Според доклада за шестмесечното си пребиваване в клиниката същият е демонстрирал незадоволителни резултати в терапевтичен и хирургичен план, като с действията и бездействията си е застрашавал безопасността на пациентите.

6. Заключение.

Макар и рядко в здравеопазването е възможно да няма съвпадение между декларираните научни трудове и реализирането на професионални лекарски качества и умение за работа в медицинския екип. Изключенията, включително и в управленската практика на Университетска болница „Царица Йоанна – ИСУЛ”, по-никакъв начин не омаловажават функцията на лекарите преподаватели за осигуряване на качество на здравната услуга и приносът на научно-преподавателските кадри за развитието на медицината.

Литература

1. Kodeks na truda, obn. DV, br. 26 ot 01.04.1986 g., posledno izm. DV, br. 20 ot 09.03.2012 g. - chl. 70;

2. Zakon za lechebnite zavedeniya, obn. DV, br. 62 ot 09.07.1999g., posledno izm. DV, br. 60 ot 05.08.2011 g., chl. 69, al. 2, t. 3;
3. Opređenje ot 23.01.2012 g. na SRS, gr. o., 58 sastav;
4. www.mu-sofia.bg ;
5. Opređenje № 1092 ot 21.10.2010 g. po gr. D. № 1492/2010 g. na VKS;
6. Reshenie № 178/18.02.2000 g. po gr.d. № 1132/1999 g. na VKS, III g.o.;
7. SREDKOVA, KR. Noviyat Zakon za vissheto obrazovanie i vaznikvaneto na trudovite pravootnosheniya na nauchno-prepodavatelските kadri. V: Savremenno pravo, 1996, № 3, s. 52 - 62, S.: Sibi;
8. MRACHKOV, V. Dogovorot v trudovoto pravo, S.: Sibi, 2010, s. 87 - 114;
9. Naredba № 5 ot 29.12.2002 g. za sadarzhaniето i reda za izprashtane na uvedomlenieto po chl. 62, al. 5 ot KT, obn. DV, br. 1 ot 03.01.2003 g., posledno izm. DV, br. 17 ot 25.02.2011 g.;
10. www.mlsp.government.bg ;
11. MRACHKOV, V., K. SREDKOVA, A. VASILEV. Komentar na Kodeksa na truda. 10. Izd. S.: Sibi, 2009.

УПРАВЛЕНИЕ НА СЛЕДДИПЛОМНОТО ОБУЧЕНИЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО²²

MANAGEMENT OF POSTGRADUATE TRAINING IN PUBLIC HEALTH

Snezhana Kondeva

University hospital "Tsaritsa Ioanna – ISUL" – Sofia, part-time lecturer in the Faculty of Economics and Business Administration at Sofia University "St. Kliment Ohridski", Bulgaria, snkondeva@abv.bg

Abstract. The issue of human resources planning and development is not present in discussions on the public health reform, and there is no guarantee for the foundation doctor's and M.D.'s rights and obligations concerning the activities performed by them at the university hospitals. The inconsistent policy in that field has brought to the lack of medical staff in particular specialties and to their uneven distribution among the medical establishments on the territory of the country. The goal of this present report is to outline the problems of organization and financing of post-graduate studies and the opportunities for legal regulation of the medical treatment and diagnostic activities performed by persons under training.

Keywords: post-graduate studies in public health, foundation doctor's rights and obligations.

1. Въведение

Проблемите в здравеопазването са в центъра на общественото внимание, защото засягат по един или друг начин всеки български гражданин. В почти всяко българско семейство се обсъжда степента на нашето удовлетворение като пациенти, но само в семействата на работещите в здравеопазването са актуални темите за проблемите, които имат търсените от нас професионалисти. Един от основните проблеми се оказва обучението и развитието на човешките ресурси, поради непоследователна политика в тази област и липса на законодателни разпоредби относно правата и задълженията на специализантите при осъществяването от тях дейност в университетските болници. Последствията за медиците са мизерно съществуване, невъзможност при нормални условия да създадат и издържат семейство и деца, липса на визия за бъдещата им професионална реализация в страната и безнадеждност, че направените за собствена сметка разходи по време на обучението ще бъдат покрити от работата им по същата професия. Негативите за здравния сектор са занижен интерес у младите хора към медицината, недостиг на кадри в определени специалности и неравномерното им разпределение в лечебните заведения на територията на страната. Целта на настоящия доклад е да се очертаят проблемите в управлението на следдипломното обучение и възможностите за правна регламентация на лечебно-диагностичната дейност, осъществявана от обучаващите се.

2. Кадрова осигуреност на здравеопазването

България следва демографската тенденция на **застаряване на населението** в Европа. За периода 1980 – 2008 г. населението на възраст 0-14 г. в Европейския съюз е намаляло от 21.6% на 15.8%, а в България – от 22.1% на 13.4%. За същия период населението на възраст над 65 години се е увеличило в Европейския съюз с 3.8 пункта, а в България – с 5.5 пункта.

Възрастовата структура на човешките ресурси в здравеопазването е съответна на общата демографска ситуация, като се увеличава дела на здравните работници на около 50 години и на тези, на които им предстои пенсиониране. Средната възраст на лекарите е най-ниска за специалността образна диагностика в университетските болници – 47 години и най-висока за същата специалност в общинските болници – 64 години. [1]

Не може и не трябва да ни успокоява фактът, че в Европа ситуацията не е по-различна – за периода 1995 – 2000 г. броят на лекарите на възраст под 45 години е намалял с 20%, а броят на лекарите над тази възраст се е увеличил с над 50%. [2]

Условията на труд в определени здравни сектори също оказват влияние върху разпределението на медицинския персонал по специалности и територия. Тревожна е кадровата осигуреност на звената за

²² За цитиране: Кондева, Сн., „Управление на следдипломното обучение в здравеопазването“, доклад в IX Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 11” - Стопански факултет на ТУ-София, гр. Созопол, 2011 г.

спешна медицинска помощ и съотношението лекари - медицински сестри. В момента за страната като цяло съотношението е един лекар на една медицинска сестра, а в повечето европейски страни медицинските сестри са два пъти повече, което е и добрата практика.

За влошаването на възрастовата структура у нас съществен принос имат **емиграционните процеси** сред младите възрастови групи. За половината от емигрантите напускането на страната е свързано с осъществяване на постоянна работа, т.е. изключени са за по-продължителен период от групата на лицата в активна трудоспособна възраст. [3] Процесът на миграция на здравни работници се активизира след организирането на международни медицински трудови борси – здравната ни система напускат вече утвърдени специалисти, които се стремят към по-добро заплащане, но и лекари без специалност, на които се предлагат по-добри условия за специализация и научна реализация в други държави. След 1990 г. обаче здравните власти водят само статистика на лекарите и специалистите по здравни грижи, които напускат страната, без ответна реакция за подобряване на условията за **кариерно развитие и конкурентно заплащане**.

Една от стъпките за мотивиране на младите хора е въвеждането на законови разпоредби по отношение на следдипломното обучение в здравеопазването, като времето на обучение за придобиване на специалност се използва ефективно в интерес на специализантите, от една страна, на медицинските университети и университетските болници, от втора, и от трета страна – в интерес на българското общество и системата за социална сигурност.

3. Обзор на законодателството в областта на следдипломното обучение

За около 2 години съществуваше **законодателен вакуум** по отношение на следдипломното обучение в здравеопазването – старата наредба не се прилагаше, а нова не беше издадена. Съгласно влезият по това време в сила Закон за здравето, министърът на здравеопазването планира, координира и контролира дейностите по провеждане на следдипломното обучение за придобиване на специалност [4], като определя с наредба условията и реда за провеждането му. Такава наредба бе обнародвана едва две години по-късно [5], а след още година и половина влезе в сила отделна наредба за придобиване на специалност „Обща медицина” от общопрактикуващите лекари. [6] Периодът, през който в правния мир отсъстваше термина „придобиване на специалност в здравеопазването” и не беше зачислен нито един лекар или лекар по дентална медицина, се отрази най-неблагоприятно върху устойчивостта на здравната ни система. Получи се **дисбаланс в броя на необходимите специалисти** за определени медицински специалности и в териториалното разпределение на лекарите с придобита специалност. Тази ситуация все още не може да бъде преодоляна поради несъвършенства в действащата наредба за следдипломно обучение, най-вече по отношение на финансирането и статуса на специализантите.

Законът за здравето обвързва **ангажиментът на държавата** да финансира следдипломното обучение с целите и приоритетите на националната здравна стратегия. [7] В стратегията, доколкото на някой е известна, формулировките са общи, а целите неясни. В наредбата също трудно може да се разбере какви са трансферите и за какво точно се ползват целевите средства – за финансиране (издръжка) на обучението и/или за неясно по вид възнаграждение на специализантите по държавна поръчка. При условие, че е въведен терминът „места, финансирани от държавата” и законът възлага на министъра на здравеопазването да провежда политиката в областта на следдипломното обучение, то той трябва да управлява и бюджета – на университетите да се разпределят средства за административно обслужване и заплати на преподавателите, а на университетските болници, на които министърът на здравеопазването е едноличен собственик, средствата за издръжка на материалната база. Защото досега Министерство на здравеопазването превежда по договор на медицинските университети всички целеви средства за следдипломно обучение, с което делегира права по управлението им на ректорите. Те от своя страна не правят отчисления и не връщат в университетските болници никакви средства за издръжка на следдипломното обучение по държавна поръчка. Дори възнагражденията, които се предполага, че са за извършваната от специализантите лечебно-диагностична дейност се изплащат от университетите. Само при промяна в начина на финансиране на следдипломното обучение министърът на здравеопазването може да упражнява ефективно възложената от Закона за здравето функция – контрол на дейностите, осъществявани от висшите училища, лечебните и здравните заведения по провеждане на обучението за придобиване на специалност.

Заложената процедура за определяне броя на местата за специализанти включва определяне на потребностите „отдолу – нагоре”, т.е. необходимото държавно администриране **се прехвърля върху лечебните заведения**. След като се разчита, че лечебните и здравните заведения ще направят по-точна преценка на необходимостта от специалисти, то е необходимо в нормативната уредба да се включи механизъм за мотивиране на съответните мениджърски екипи. Засега работодателите нямат достатъчно гаранции, че ако инвестират в обучение, след придобиване на специалността медиците ще продължат да работят в същото лечебно заведение. По-приемлив вариант за тях е да наемат лекари с вече придобита специалност.

Коренно различна е процедурата за специализанти, граждани на държави извън Европейския съюз. Активни в зачисляването на чужденци са медицинските университети, поради следните законодателни предпоставки: платено обучението за места, отговарящи на броя заявления на чужденци; прием по документи без писмен конкурсен изпит; класиране при условия и по ред, определени от самите висши училища. С други думи, **липсва състезателност в знанията и професионалните умения между българските и чуждестранните кандидати** при зачисляване за специалност в системата на здравеопазване. Оказва се, че подготвяме значителен брой специалисти с европейски дипломи за други национални здравни системи, а като краен резултат българските медицински специалисти са дискриминирани в собствената си държава по отношение на възможностите за специализация.

След успешно положен конкурсен изпит и извършено класиране, зачислените специализанти подписват **тристранен договор** със съответния медицински университет и с обучаващата институция. Клаузите в договора се отнасят за мястото, продължителността и условията за прекъсване и прекратяване на обучението; задължението да се изпълнява учебния план; да се явяват на колоквиуми и да се проведе практическо обучение; размерът на получаваното възнаграждение от лицата, които са спечелили конкурс на място, финансирано от държавата, и стойността на обучението за лицата, които са спечелили конкурс на място срещу заплащане. Този договор не може да бъде определен нито като трудов договор или договор за повишаване на квалификацията по Кодекса на труда, нито като граждански договор по Закона за задълженията и договорите.

При трудовото правоотношение се извършва работа при условия и ред, определени от работодателя (университетската болница), като предварително са регламентирани изискванията към служителите (специализантите), условията на труд, вътрешния ред, работното време, почивките и отпуските, заплащането и др. Дейността се осъществява за сметка на работодателя, затова и крайният резултат му принадлежи. За разлика от гражданския договор, при който се дължи определен трудов резултат – изпълнителят извършва на свой риск работа, за която притежава необходимата компетентност и знания, като сам определя мястото, времето и начина на изпълнение. Специализиращият лекар е компетентен да извършва ограничен кръг дейности, за които не може да поеме самостоятелна отговорност, трябва да бъде наблюдаван и контролиран от страна на обучаващия персонал, и поради тази причина за периода на специализация са приложими само трудовоправните норми и затова отношенията по предоставянето на работна сила се уреждат само като трудови правоотношения (чл. 1, ал. 2 от КТ), със сключен писмен трудов договор (чл. 62, ал. 1 от КТ). [8] Законодателството не позволява също страните да прикриват трудов договор с граждански (чл. 17, ал. 1 от ЗЗД). [9]

До момента, в който започнат да се сключват трудови договори успоредно с тристранните договори за обучение, времето на специализация ще се зачита за трудов стаж по силата на изричната норма на специалния закон (чл. 180, ал. 4 от ЗЗ) и ще се доказва с документ от обучаващата институция пред бъдещите работодатели за изплащане на допълнително възнаграждение за трудов стаж и професионална квалификация. [10] Ще се ползват права от общественото осигуряване – обезщетения за временна неработоспособност, бременност и раждане, отглеждане на малко дете и др. [11], но специализантите няма да имат право на платен отпуск, тъй като тази разпоредба не променя автоматично договорите за обучение в трудови договори.

4. Формулиране на проблема със специализантите в здравеопазването

Следдипломното обучение е организирано на модули в няколко обучаващи бази, различни от лечебното заведение, в което специализантът работи. За да не останат без доход тези, с трудов договор в лечебно заведение, намиращо се в близост до мястото за обучение, работят и на двете места – в

университетската болница предимно в работни дни, а в болницата покриват графика на нощните и съботно-неделните дежурства. Специализанти, които нямат сключен трудов договор или базата за обучение е в друго населено място, работят само в университетската болница, изцяло безвъзмездно. На практика по време на обучението **специализантите полагат труд и имат задължения**, като работещите по трудов договор - в рамките на работно време дават дежурства и полагат нощен труд, извършват прегледи, изследвания, манипулации, операции, визитации и оформят медицинската документация, защото са с магистърска степен и правоспособност за законно упражняване на медицинска професия. Но **специализантите нямат права по отношение на полагания труд** – не са гарантирани правата им по отношение спазването на изискванията за продължителност на работното време, задължителната междудневна и седмична почивка, получаването на храна за 12-часовите дежурства, увеличено заплащане на нощен труд и работа през официални празници, допълнително възнаграждение за придобит трудов стаж и професионална квалификация, ползването на платен годишен отпуск и застраховка за професионален риск. Все права, които могат да се ползват само при наличие на трудов договор. Платените специализанти са в още по-неравностойно положение – освен, че са лишени от права по отношение на полагания от тях труд като лекари магистри в университетските болници, те заплащат стойността на обучението.

Проблем съществува и за университетската база, защото спрямо специализиращите не може да бъде осъществяван необходимият контрол по отношение на количеството и качеството на извършваната от тях работа, спазване на работното време и вътрешния ред. Не може да бъде търсена и дисциплинарна отговорност.

Изискванията към специализанта, съгласно директивата [12] и българският закон за признаване на професионални квалификации [13], са лично участие в дейността на клиничната база (отдаване на работна сила) през цялата работна седмица и през цялата година (в рамките на определено от работодателя работно време), изпълнение на предвидените процедури (по определена от работодателя технология), и напълно отговарят на основните характеристики на трудовото правоотношение.

На това основание **проблемът** може да се формулира по следния начин: Не се прилага трудовото право в отношенията между специализиращите и университетската болница по повод предоставяната работна сила, с което се нарушават императивни правни норми, а оттам и правата на двете страни.

5. Необходими законодателни промени за регулиране на отношенията по повод придобиването на специалност в системата на здравеопазването

1. Трудовите правоотношения по време на обучението за придобиване на специалност между специализантите и обучаващата институция да бъдат уредени на основание чл. 114 от Кодекса на труда. [14]

Мотиви за **прилагане на трудовото право в периода на обучение**:

Медицинското образование е с много силна практическа насоченост и не случайно медицинската професия е регулирана. Продължителността на базовото теоретично и практическо обучение е най-малко шест години, а за клинична специалност - до четири години. Магистърската степен по медицина гарантира достатъчен клиничен опит за извършване на дейности, свързани с профилактиката, диагностиката и лечението на пациенти, но само под подходящ надзор. Поради тази причина специализантът не може да извършва лечебно-диагностична дейност на собствен риск по граждански договор. С трудово правоотношение по чл. 114 от Кодекса на труда ще се регламентират следните права на специализантите:

- По чл. 114 от Кодекса на труда може да се сключва трудов договор за работа през определени дни от месеца или определена продължителност на работното време. Възможността да се договаря работа през определени дни от месеца за пълна или непълна продължителност на работното време през деня ще допринесе специализантите да отделят време за теоретичната си подготовка и явяване на колоквиуми.

- Независимо от конкретната продължителност и разпределение на работното време, работата по трудов договор на основание чл. 114 от КТ се зачита за трудов стаж. Специализантите ще имат всички права, произтичащи от трудов стаж, включително и право да ползват платен годишен отпуск, и право на обезщетение при прекратяване на трудовия договор за неизползван отпуск, който не е погасен по давност.

- Договорилите работа за повече от 5 работни дни (40 часа) през календарния месец по чл. 114 от КТ, задължително се осигуряват и ползват права по всички осигурителни рискове – общо заболяване и

майчинство, инвалидност поради общо заболяване, старост и смърт, трудова злополука и професионална болест, и безработица.

Законодателната промяна за гарантиране правата на специализантите следва да бъде направена в Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването.

2. Университетските болници, работодатели, да бъдат задължени да поддържат допълнително щатно разписание на длъжностите лекар-специалист, а получаваните от тях трудови възнаграждения да не се включват в средствата за работна заплата на персонала. Разходите за възнаграждения на специализантите да се покриват от субсидията за държавна поръчка, от плащания на лечебните заведения за обучение на техни кадри и от собствени приходи на университетската болница.

Мотиви за самостоятелно определяне на средствата за работна заплата на специализантите:

Засега изпълнителните директори на университетските болници нямат правно основание да сключват трудов договор със специализантите. Защото съгласно Закона за лечебните заведения [15] в персонала на университетската болница се включват само лекари-преподаватели и няма длъжност лекар-специалист. От друга страна, ако се сключи трудов договор по чл. 114 от КТ без наличие на щатна длъжност, изплатените заплати на специализантите ще се включват в средствата за работна заплата, като с техния размер се намаляват средствата за допълнително възнаграждение на персонала по т.нар. „клинични пътеки”. [16] От това неминуемо ще възникне конфликт между щатния персонал на болницата и специализантите.

Законодателната промяна, за да се създадат предпоставки за законосъобразно и целесъобразно сключване на трудови договори със специализантите следва да бъде направена в Закона за лечебните заведения, в Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, както и в Инструкция № 1 на министъра на здравеопазването за образуване на средствата за работна заплата.

3. Работещите специализанти по основен трудов договор в университетска болница да имат правото да извършват прегледи, изследвания, манипулации, операции и да оформят медицинската документация на задължително здравноосигурени пациенти, лекувани по клинични пътеки, и да дават дежурства.

Мотиви за признаване правото на специализантите да работят по договор със здравноосигурителната каса:

Извършваната от специализантите работа задължително се наблюдава и контролира от лекар със специалност. Изискването да усвои професионални умения означава, че специализантът лично трябва да извършва дейност по диагностиката и лечението на пациенти, както и да поема отговорност за свършеното от него. Затова и обучението в клиничните бази е организирано по начин, позволяващ на специалиста да се включва в цялостната медицинска дейност от приемането до изписването на пациента, и оформянето на медицинската документация. На практика обаче, ограничението на Националния рамков договор, по клинични пътеки да работят само лекари-специалисти, налага порочната практика да се преподписват извършените от специалиста дейности. По този начин трудно се създават навици у бъдещите лекари-специалисти да поемат отговорност и да оформят точно и навреме медицинската документация. И още един аргумент – с признаване правото на работа по клинични пътеки ще се облекчи натовареността на щатния медицински персонал в университетската болница, при което заделянето на допълнителни средства за възнаграждения на специализантите ще бъде и икономически оправдано.

Законодателната промяна за признаване правото на специализантите да работят по договор със здравноосигурителната каса следва да бъде направена в НРД.

6. Заключение

През 2010 г. с допълненията в Наредба 34 и Кодекса за социално осигуряване, беше направена първата стъпка за гарантиране правото на специализантите на възнаграждение и осигуряване. Следващата промяна трябва да мотивира всички участници в процеса на обучение за придобиване на специалност и да създаде **условия за саморегулиране и устойчивост на здравната система.**

В противен случай все повече и повече ще се питаме, какви морални качества трябва да има един човек, за да се лиши в продължение на десет години от доходи и личен живот в името на това да стане лекар? При това без гаранция, че в бъдеще упражняването на тази професия ще му осигури по-висок жизнен стандарт, професионално удовлетворение и признание.

Литература:

1. www.nchi.government.bg, Сравнителен анализ на показателите за болнична помощ за Европейския съюз и Р България, доц. Християн Грива, НЦЗИ;
2. Зелена книга за работната сила в здравния сектор в Европа, СОМ (2008) 725 окончателен, 10.12.2008;
3. www.nsi.bg, Население и демографски процеси през 2009 година;
4. Закон за здравето, обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г., в сила от 1.01.2005 г., последно доп., бр. 9 от 28.01.2011 г.;
5. Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 23.01.2007 г., в сила от 1.01.2007 г., последно изм. и доп., ДВ, бр. 72 от 14.09.2010 г., в сила от 14.09.2010 г.;
6. Наредба № 15 от 2.07.2008 г. за придобиване на специалност „обща медицина” от общопрактикуващите лекари, обн., ДВ, бр. 63 от 15.07.2008 г.;
7. Национална здравна стратегия 2008-2013 година, обн., ДВ, бр. 107 от 16.12.2008 г.;
8. Кодекс на труда, обн., ДВ, бр. 26 от 1.04.1986 г. и бр. 27 от 4.04.1986 г., в сила от 1.01.1987 г., последно изм., ДВ, бр. 18 от 01.03.2011 г., в сила от 01.03.2011 г.;
9. Закон за задълженията и договорите, обн., ДВ, бр. бр. 275 от 22.11.1950 г., в сила от 1.01.1951 г., последно доп., ДВ, бр. 50 от 30.05.2008 г., в сила от 30.05.2008 г.;
10. Наредба за структурата и организацията на работната заплата, приета с ПМС № 4 от 17.01.2007 г., обн., ДВ, бр. 9 от 26.01.2007 г., последно изм. и доп., ДВ, бр. 67 от 21.08.2009 г.;
11. Кодекс за социално осигуряване, обн., ДВ, бр. 110 от 17.12.1999 г., в сила от 1.01.2000 г., последно изм. и доп., ДВ, бр. 100 от 21.12.2010 г., в сила от 1.01.2011 г.;
12. Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 7.9.2005 г. относно признаването на професионалните квалификации;
13. Закон за признаване на професионални квалификации, обн., ДВ, бр. 13 от 8.02.2008 г., в сила от 8.02.2008 г., последно изм., ДВ, бр. 9 от 28.01.2011 г.;
14. МТСП, Писмо № 03-1687 от 23 септември 2010 г.; Писмо № 91-04-282 от 30 март 2009 г.; Писмо № 94ЕЕ-3 от 4 февруари 2010 г.; Писмо № 94-РР-58 от 16 април 2010 г.
15. Закон за лечебните заведения, обн., ДВ, бр. 62 от 9.07.1999 г., последно изм. и доп., ДВ, бр. 100 от 21.12.2010 г., в сила от 01.01.2011 г.;
16. Инструкция № 1 от 24.10.2007 г. за образуване на средствата за работна заплата в търговските дружества - лечебните заведения с над 50 на сто държавно или общинско участие в капитала, Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 89 от 6.11.2007 г., в сила от 1.01.2007 г.

ЕФЕКТИВЕН РЕЖИМ ЗА ПОЛЗВАНЕ НА ПЛАТЕНИЯ ГОДИШЕН ОТПУСК В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО²³

EFFICIENT REGIME FOR USING THE PAID ANNUAL LEAVE IN THE PUBLIC HEALTH CARE

Snezhana Kondeva

University hospital "Tsaritsa Ioanna – ISUL" – Sofia, part-time lecturer in the Faculty of Economics and Business Administration at Sofia University "St. Kliment Ohridski", Bulgaria, snkondeva@abv.bg

Abstract: The latest amendments in the Labor Code were made with the purpose to avoid the accumulation of paid leave in favor of workers and employees' health and safety at work. The employers are obliged to organize the exercise of the right to holiday by applying the legal means envisaged by the law and the workers and employees will should use their due paid annual leave following an approved schedule and in the framework of the calendar year to which they are entitled. The failure to fulfill the obligations under the labor relationship concerning preparation and non-observance of annual schedules may bring to negative consequences for both of the parties and the amendments in the labor legislation will not achieve the desired result for timely use of the annual leave and recovery of labor force. The objective of the present report is to stress on the problems in the sphere of public health care, which may prevent the efficient regime of using the paid annual leave.

Keywords: management, human resources, leave, health care

1. Въведение

Последните промени в Кодекса на труда през 2010 и 2011 г. бяха направени с цел да се избегне натрупването на отпуск и в интерес на здравето и безопасността при работа на работниците и служителите. Работодателите се задължават да организират упражняване правото на отпуск чрез прилагането на предвидените в закона правни средства, а работниците и служителите да ползват полагащият им се платен годишен отпуск по утвърдения график и в рамките на календарната година, за която се полага. Неизпълнението на задълженията по трудовото правоотношение относно съставянето и спазването на годишните графици може да доведе до негативни последици и за двете страни, а промените в трудовото законодателство няма да постигнат желанния резултат за своевременно ползване на годишния отпуск и възстановяване на работната сила. Целта на настоящия доклад е да се акцентира върху проблемите в сферата на здравеопазването, които могат да възпрепятстват ефективния режим на ползване на платения годишен отпуск.

2. Нови моменти в правния режим на отпуските

Основният принцип на трудовото право по отношение на отпуските е, че платеният годишен отпуск е субективно право на работника или служителя и задължение на работодателя да осигури ползването, но по начин който не нарушава производствения процес. Затова изискването към работодателя е да се планира времето, през което персоналът може да бъде освободен от задължението да предоставя работната си сила, а към другата страна - да поиска и получи писмено разрешение за ползване на полагащия се отпуск. След като през 1993 г. беше отменен давностния срок се създадоха условия за взаимно съгласие между страните за отлагане ползването на платения годишен отпуск – работникът или служителят не го искаше в рамките на календарната година, а работодателят не отправяше покана за ползването му. [1] По този начин в здравеопазването се натрупаха много неизползвани отпускски, най-вече в администрацията и държавните лечебни заведения.

С промените в Кодекса на труда от 30.07.2010 г. [2] в правния режим отново се въведе давностен срок, включително и за отпуските от предходни години, и възможност само за работодателя да отлага по производствени причини ползването до 10 дни в следващата календарна година.

Законът за изменение на Кодекса на труда беше атакуван в Конституционния съд. [3] В исканията си вносителите считат, че са нарушени Всеобщата декларация за правата на човека [4], Международният пакт

²³ За цитиране: Кондева, Сн., „Ефективен режим за ползване на платения годишен отпуск в здравеопазването“, доклад в IX Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 11” - Стопански факултет на ТУ- София, гр. Созопол, 2011 г.

за икономически, социални и културни права [5], Конвенция № 52 от 24.06.1936 г. на МОТ [6], а оттам и гарантираното в тях право на периодичен платен годишен отпуск чрез реално ползване или обезщетение при прекратяване на трудовото правоотношение.

Правото на отпуск е основно конституционно право на работниците и служителите [7], затова Конституционният съд обяви за противоконституционна разпоредбата, че неизползван платен годишен отпуск от предходни години се губи след 31 декември 2011 г., с аргумента че това е придобито вече право при различна правна уредба. Но отхвърли искането да се отмени давностния срок за правото на годишен отпуск занапред. Целта на погасителната давност по принцип е да се създаде гаранция за упражняване на правата в определен период – ако целият отпуск или част от него не се ползва в рамките на две години от края на годината, за която се полага, правото на ползване се погасява по давност и не се дължи обезщетение при прекратяване на трудовото правоотношение.

С последното изменение в Кодекса на труда и допълнение на Наредбата за работното време, почивките и отпуските [8] се даде право и на работниците и служителите по уважителни причини да отлагат до 10 дни от платения отпуск за следващата календарна година.

3. Правни средства за своевременно ползване на платения годишен отпуск

Не може да се каже, че с измененията в Кодекса на труда е променен съществено начинът на ползване на платения годишен отпуск – и досега работодателите и органът по назначаването имаха задължение да осигурят ползването на платения годишен отпуск най-късно до средата на следващата година. Имаха също право да задължат работника или служителя да ползва отложен отпуск. Но на практика не се стигаше до регулярно ползване на отпуските в рамките на календарната година. Затова целта е с въведените правни средства занапред да не се допуска блокиране правото на ползване на платен годишен отпуск, като работодателите следва да изпълняват задълженията си и утвърдят вътрешна процедура, включваща:

1. покана към работниците и служителите да заявят своите предпочитания за времето, през което наведнъж или на части желаят да ползват платения си годишен отпуск;
2. провеждане на консултации с представителите на синдикалните организации и представителите на работниците и служителите за изготвяне на графика по начин, който дава възможност на всички работници и служители да ползват платения си годишен отпуск до края на календарната година, за която се полага;
3. утвърждаване на графика и поставяне на екземпляр на подходящо място, където да е на разположение на работниците и служителите;
4. условията и редът за ползване на платения годишен отпуск извън утвърдения график или без съгласието на работниците и служителите, и др.

След всички тези изменения и допълнения в трудовото законодателство обаче не беше реализирана политическа воля за прилагане на действаща антикризисна мярка и стимулиране на двете страни в трудовото правоотношение за реално ползване на отпуската, а именно: работодателят да заплаща възнаграждение (при ползване) и обезщетение (при прекратяване на трудовото правоотношение), изчислени не въз основа на последната заплата, а на база заплата, получавана в годината, за която се отнася отпускът. Това щеше да допринесе и за своевременно ползване на натрупани отпуски преди 2010 г. Сега много от работодателите в здравеопазването са поставени в невъзможност да изплащат обезщетенията за неизползван платен годишен отпуск при пенсиониране, защото има работници и служители, които не са се възползвали от правото си на отпуск от десетина години назад. С ясната цел, че обезщетението ще се изплати на многократно по-висока заплата от тази в текущата година. Дори и сега, при давностния срок, обезщетението след две години ще бъде по-високо от възнаграждението, което се заплаща за ползването на отпуската в годината, за която се полага.

Затова при липсата на такава правна мярка ще има възможност и работодателите, и работниците и служителите да заменят съществуващата досега практика на взаимно съгласие между страните за отлагане на платен отпуск със следните действия:

Първо, работниците и служителите ще подават фиктивни молби за ползване на отпуск, но реално ще бъдат на работа с уговорката, че ще вземат почивни дни, когато им потрябват. По този начин масово работниците и служителите ще се въздържат от правото на ползване, а недобросъвестни работодатели ще ги освобождават от работа за кратко време или за по-малко дни, отколкото им се полагат. Резултатът ще бъде незачитане правата и задълженията по трудовото правоотношение – работникът или служителят

няма да има възможност пълноценно да възстанови работоспособността си и в дните, оформени документално че е в отпуск, да претендира за обезщетение при евентуална трудова злополука, а рискът за работодателя е да търпи неудачи в следствие на увеличените професионални грешки, без възможност да наложи дисциплинарно наказание ако се нарушава вътрешния трудов ред от страна на работника или служителя, и др.

Второ, независимо от забраната да се прехвърлят за ползване през следващата година на не повече от 10 дни, в рамките на давностния срок пълният размер на неизползвания отпуск съществува осчетоводен като компенсируем, т.е. ако до две години бъде прекратен трудовият договор, изплатеното възнаграждение ще бъде за всичките неизползвани дни. Това създава възможност за системно прекратяване на трудовия договор и сключване от следващия ден на нов трудов договор. Примерно: в календарната година не са използвани 15 дни, от тях 10 са отложени и могат да се ползват следващата година. При условие обаче, че се прекрати трудовият договор до 2 години, обезщетението ще бъде за всичките 15 дни. Разбира се нито един работодател няма да бъде в нарушение за това, че разрешава ползване на целия размер неизползван отпуск от предходната година, защото веднъж начислени като текущ разход за заплати и задължения към персонала тези възнаграждения могат напълно законно да се изплащат, както при прекратяване на трудовия договор, така и при ползване на отпуската през следващите две години.

И в единия, и в другия случай няма да бъде упражнено субективното право и реализирана социалната функция на платения годишен отпуск – работникът или служителят да възстанови своята работна сила.

Освен това е възможно работниците и служителите да саботират графика и възпрепятстват работния процес чрез представяне на болничен лист. В правната регламентация няма ограничение в продължителността на отпуска за временна неработоспособност – при това положение всеки работник или служител може да се позове на чл. 175, ал. 1 от КТ и да прекъсне ползването на платения годишен отпуск в периода, определен в графика, с болничен лист примерно за 3 дни. Това ще даде право на същия работник или служител да ползва отпуска извън графика и/или да отложи ползването за следващата година на основание чл. 176, ал. 2 от КТ.

4. Социалната функция на платения годишен отпуск в здравеопазването

Професионалният стрес е един от основните негативни фактори, който оказва влияние не само върху работещите, но и върху интереса на младото поколение към медицинската професия. Към обективните източници на стрес в сектора се отнася широкият социален контакт с хора от различни възрасти, социален и културен статус, работа с пациенти, които имат хронично заболяване, с пациенти, страдащи от нелечима болест и умиращи пациенти. [9] Към чувството за отговорност и субективното възприятие на чуждите проблеми се прибавят проблемите на колегите от медицинския екип и взаимоотношенията с тях, постоянните промени в здравеопазването и професионалната несигурност, ниското равнище на заплащане и липсата на признание, негативните обществени нагласи и желанието за социална изолация.

Успешното лечение при тежкоболните и подобряване състоянието на хората с трайни увреждания е трудно постижимо, което прави ситуацията неясна и подтискаща. У хората, предоставящи помощ на такива пациенти, се развива чувство за липса на контрол и безсилие да променят нещата. Най-голямо е емоционалното натоварване и изтощение на медицинските екипи, работещи в хирургични и интензивни структури, и с хронично нелечимо болни и умиращи – онкологични, психиатрични, пулмологични и хематологични пациенти. Този персонал е най-рисков по отношение развитието на поведенческия синдром на професионално изчерпване „Бърнаут“ (от английски burnout – изгаряне, изпепеляване). [10]

Характерно за придобилите синдрома „Бърнаут“ е чувството им за емоционално изтощение и умора, което се изразява в отсъствие на емоционални реакции, разочарование, безнадеждност, дезинтересованост, апатия, яд и др. Медицинските специалисти развиват отрицателни, цинични нагласи и чувства към пациентите, за които се грижат, а самите те страдат от безсъние и увеличават употребата на алкохол. Голяма част от тях имат семейни проблеми. Пилотно изследване отчита и поява на симптома суицидност при общопрактикуващите лекари жени, който определя тежка форма на депресивното разстройство. [11]

Всичко това води и до намален интерес към работата, снижена работоспособност и до увеличаване на критичността и цинизма на персонала към работодателя.

Потърпевши от разпространението на бърнаут синдрома са всички – медицинските специалисти, пациентите и работодателите, тъй като предоставяната медицинска помощ и услуги са с понижено качество. Противоедействието е в поемане на отговорност за възстановяване на работоспособността за ефективно изпълнение на професионалните задължения, подобряване на резултатите и редуциране на умората, злополуките и грешките в работата. [12]

На национално равнище са оценени специфичните условия на труд и необходимостта от продължителна почивка за работещите в здравния сектор. В браншовия Колективен трудов договор [13] договорените отпуски значително надвишават минималните размери по Кодекса на труда – от 8 до 22 работни дни над основния годишен отпуск. Но по-големите размери на допълнителния отпуск, в съчетание с въведения давностен срок, ще имат негативен ефект върху здравеопазването, защото ще се добави стреса и за работодателите, и за персонала, полагащият се основен и допълнителен отпуск да се използва само в рамките на календарната година. Възможно е масово разпространение на фиктивното ползване на отпуск и увеличаване броя на едnodневните безработни в сектора, поради невъзможността да се съставят графици за непрекъсната работа и разположение.

За решаване на проблема, съсловната организация на работодателите в здравеопазването и синдикатите, трябва да се споразумеят за намаляване на допълнителния отпуск за сметка на регламентирането на специфично годишно възнаграждение при ползване на отпуск. Това предложение е свързано с по-ниското заплащане по време на отпуск, поради методиките на лечебните заведения за разпределяне на допълнителните възнаграждения в зависимост от личния принос в изработеното през месеца. При евентуална промяна ще може да се ползват, примерно, 5 дни и да се изплати възнаграждение в размер на още 5 дни. В този случай медицинските специалисти биха могли да си позволят почивка при по-добри условия за бързо и по-пълно възстановяване на работоспособността. Ще спадне напрежението у персонала и желанието да се саботира работодателят „изедник“, като единствено виновен за изгарянето на отпуската му. В същото време ще има възможност да се съставя ефективен график за ползване на отпуските и ще се изпълни социалната функция – да се премахне умората, възникнала от продължителната работа и да се подобри качеството на предлаганата медицинска помощ и услуги.

5. Заключение

Работещите в здравния сектор са подложени на непрекъснат стрес поради свръхнатовареното работно време и невъзможността да се използва целия размер на основния и допълнителния отпуск. Този проблем съществува и в другите национални системи и е описан в Зелената книга за работната сила в здравния сектор в Европа, като предизвикателство към хората, отговорни за планирането на човешкия ресурс в здравеопазването.

В нашите условия обаче, необходимостта от ефективно управление и развитие на човешкия потенциал не кореспондира с наложената политика, при която решенията се вземат извън здравната система и не се търси решаване на проблемите по различен от другите социални сфери начин. Ако не се променят методите и средствата, в бъдеще може да се стигне до все по-голяма загуба на доверие между лекар и пациент, до увеличаване на случаите на самолечение, и до забавяне достъпа до здравни услуги.

Литература:

1. Кодекс на труда, обн., ДВ, бр. 26 от 1.04.1986 г. и бр. 27 от 4.04.1986 г., в сила от 1.01.1987 г., последно изм., ДВ, бр. 18 от 01.03.2011 г., в сила от 01.03.2011 г.;
2. Закон за изменение и допълнение на Кодекса на труда, обн., ДВ, бр. 58 от 30.07.2010 г., в сила от 30.07.2010 г.;
3. Конституционен съд, Решение № 12 от 11 ноември 2010 г. по конституционно дело № 15 от 2010 г., обн., ДВ, бр. 91 от 19.11.2010 г.;
4. Всеобща декларация за правата на човека, Приета и провъзгласена с резолюция 217 А (III) на Общото събрание на ООН от 10.12.1948 г., Издадена в сборник от международни документи, 1992 г.;
5. Международен пакт за икономически, социални и културни права, Приет и открит за подписване, ратификация и присъединяване с резолюция 2200 А XXI на Общото събрание на ООН от 16 декември 1966 г. В сила за България от 23.03.1976 г., обн., ДВ, бр. 43 от 28.05.1976 г.;
6. Конвенция № 52 от 24.06.1936 г. на МОТ относно платените годишни отпуски; Европейска социална харта (ревизирана), Ратифицирана със закон, приета от 38-то Народно събрание на 29.03.2000 г., ДВ, бр. 30 от 11.04.2000 г.;
7. Конституция на Република България, обн., ДВ, бр. 56 от 13.07.1991 г., в сила от 13.07.1991 г., последно изм. и доп., ДВ, бр. 12 от 6.02.2007 г.;

8. Наредба за работното време, почивките и отпуските, приета с ПМС № 72 от 30.12.1986 г., обн., ДВ, бр. 3 от 23.01.1987 г., в сила от 1.01.1987 г., последно изм. и доп., ДВ, бр. 21 от 15.03.2011 г., в сила от 15.03.2011 г.;
9. Емоционално изтощение /бърнаут/ и общи характеристики на работа на медицински персонал в клиники за консервативно лечение, Ан. Ненова, Ан. Рашева, Б. Ценова, Кр. Даскалов, Ил. Маринов, <http://bjop.files.wordpress.com>;
10. Професионално изчерпване при медицински сестри, работещи в Клиника по детски и генетични заболявания при УМБАЛ „Св. Георги“, Пловдив, Ир. Георгиева, Ем. Караславова, Списание „Рецептор – Български психиатричен журнал“, бр. 2, 2008, стр. 54;
11. Пилотно изследване на депресията сред жените общопрактикуващи лекари и психиатри в България, П. Маринов, Списание „Рецептор – Български психиатричен журнал“, бр. 1, 2009, стр. 21;
12. Ефективност на труда, Енциклопедия по психология, изд. „Наука и изкуство“, С., 1998, стр. 316;
13. Колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“ – 2010.

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ, ПОЛИТИКИ И ДЕЙСТВИЯ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ ЗА ОСИГУРЯВАНЕ ВИСОКО РАВНИЩЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В СЕКТОРА²⁴

REGULATIONS, POLICIES AND ACTIONS OF THE EUROPEAN UNION TO ENSURE HIGH LEVEL OF HEALTHCARE AND HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT IN THE SECTOR

Snezhana Kondeva

University hospital "Tsaritsa Ioanna – ISUL" – Sofia, part-time lecturer in the Faculty of Economics and Business Administration at Sofia University "St. Kliment Ohridski", Bulgaria, snkondeva@abv.bg

Abstract. Healthcare in the European Union faces the challenges to meet increased medical needs of people and to ensure sustainability of national healthcare systems. In this regard, it is necessary that all Member States perform an analysis of the existing potential of the workforce and to outline the policies and cooperation activities between the Member States in long term.

The purpose of this report is to review the existing European regulations and to identify the problems, which are valid for all healthcare systems, and which can be successfully resolved through coordination of programs and strategies at European level.

Keywords: mobility, human resources, healthcare, management.

1. Въведение

Здравеопазването в Европейския съюз е изправено пред предизвикателствата да посрещне увеличените медицински потребности на хората и да гарантира устойчивост на националните здравни системи. В тази връзка всички държави-членки е необходимо да извършат анализ на наличния потенциал от работна сила и да очертаят политиките и дейностите на сътрудничеството между държавите-членки в дългосрочен план.

Целта на настоящия доклад е да се направи обзор на съществуващата европейска регламентация и да се маркират проблемите, които са валидни за всички здравни системи, и които могат да бъдат решени успешно чрез координация на стратегии и програми на европейско равнище.

2. Обща характеристика на здравната услуга:

Европейската правна рамка определя два вида услуги – услуги в икономическата дейност и услуги в обществен интерес.

Основната характеристика, която определя една услуга като икономическа дейност е тя да се предоставя срещу заплащане, като не е необходимо да има директно заплащане. За тези услуги се прилагат законите за вътрешния пазар (свободно предоставяне на услуги и свобода на установяване), и за конкуренцията. Икономическият характер на услугата не зависи от правния статут на доставчика или от характера на услугата, а от начина по който дадена дейност се организира, извършва и финансира.

Услугите от общ интерес могат да бъдат икономически и неикономически.

Като услуги от общ икономически интерес, подлежащи на регулаторен режим, се определят тези, които имат европейско покритие – телекомуникации, електричество, газ, транспорт и пощенски услуги. Към услугите от общ икономически интерес се отнасят и управлението на отпадъците, водоснабдяването или преработката на отпадъчни води, но без специални разпоредби на Общността.

Неикономически са държавните услуги - полиция, правосъдие и законно установени структури за социална сигурност. Те не са обект на законодателството на Европейския съюз и не са включени в разпоредбите за вътрешния пазар и конкуренцията от Договора. Регламентират се от самите държави-членки.

В по-широката рамка на услугите от обществен интерес се включват социалните и здравните услуги.

²⁴ За цитиране: Кондева, Сн., „Регламентация, политики и действия на Европейския съюз за осигуряване високо равнище на здравеопазване и развитие на човешките ресурси в сектора”, доклад в VIII Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 10” - Стопански факултет на ТУ-София, гр. Созопол, 2010 г.

Първоначално здравните услуги са били обект на директивата за услугите на вътрешния пазар, защото не е оценена в достатъчна степен тяхната специфика, обществената им значимост и финансирането им от публични фондове. Особеното положение на здравната услуга се определя още от това, че събдването на здравен риск поставя лицата в уязвимо и несигурно положение и създава асиметрична връзка между лекар и пациент, различна от връзката между доставчик и потребител. Това налага различна от тази на икономическите услуги правна рамка и гарантиране на сигурност при трансграничното здравно обслужване. Защото разпоредбите на вътрешния пазар и за конкуренцията улесняват упражняването на дейности от доставчиците на икономически услуги, но значително намаляват възможностите специфичните задачи от общ интерес, възложени на здравните услуги, да бъдат изпълнени. След постигнато широко съгласие относно необходимостта от осигуряване на правна сигурност и последователност в политиките на Европейския съюз, здравните услуги са включени в кръга на услугите от обществен интерес, определени от Комисията на Европейските Общности като „нов европейски ангажимент”. [1]

Подходът е спазване на отговорността на държавите-членки за организирането, финансирането и предоставянето на медицинска помощ. Целта е да се постигне съгласуваност при прилагане на правилата относно осигуряване на равен достъп и гарантиране на сигурни, висококачествени и ефективни трансгранични здравни услуги на всички граждани на Европейския съюз, независимо от тяхното местоживееие или ниво на доходи. Дейността на Общността по осигуряване на трансгранично здравно обслужване се осъществява „при спазване на принципите на универсалност, качество, безопасност, непрекъснатост и солидарност, като по този начин се допринася за социалното и териториално сближаване на Европейския съюз”. [2]

3. Мобилност на пациенти

От характера на здравната услуга и възможностите за свободно движение на територията на Европейския съюз произтича и несигурността на пациентите относно приложимия закон и отговорността при провеждане на лечение в повече от една страна. В приетата от Европейския парламент на първо четене на 23 април 2009 г. директива за трансгранично здравно обслужване под „мобилност на пациентите” се разбира ползването на здравно обслужване в държава-членка, различна от държавата-членка, в която пациентът е здравноосигурен. Независимо от това къде в Общността се предоставя услугата, доставчиците трябва да гарантират, че здравното обслужване е в съответствие с общовалидни и ясно дефинирани стандарти за качество и безопасност, и че тези стандарти непрекъснато се актуализират и са измерими с добрите практики, с напредъка на медицинската наука и медицинските технологии.

Пациентите могат да ползват здравни услуги зад граница и разходите им за това да се възстановяват, съгласно условията на националната им здравна система. Всяка държава-членка има право да въвежда изисквания за предварително одобрение за възстановяване на разходите по лечението, ако е застрашена финансовата стабилност и устойчивост на системата им за социална сигурност.

Предложената директива е относно мобилността на пациентите и гарантирането на тяхната правна сигурност, а не относно свободното движение на доставчици на здравни услуги.

4. Мобилност на здравните работници

Правната рамка за дейността на доставчиците на здравни услуги включва четири основни аспекта: 1) професионална квалификация; 2) медицинско образование; 3) обмен на информация между държавите-членки относно квалификацията на здравните работници; и 4) условия за работа на специалистите в сферата на здравеопазването.

Определение за работна сила: под работна сила в здравния сектор се разбират всички работници в сектора, които извършват услуги, свързани с грижи за болни, социални грижи, както и всички принадлежащи към съответните специалности. [3]

Определение за регулирана професионална дейност: това е професионална дейност, достъпът до която или нейното упражняване са подчинени на закони, подзаконови или административни разпоредби относно притежаването на документ за образование или удостоверение за правоспособност, и/или членство в професионална организация, чиято цел е да поддържа високо равнище в съответната професионална област. [4]

Определение за миграция в здравния сектор: това е движението или намерението на здравните работници да практикуват своята професия в друга държава-членка. [5]

Регулирането на взаимното признаване на дипломи и **професионална квалификация** се разпределя в две групи: в първата група на директивите от Общата система се включват мерките за изграждане и въвеждане на Обща система за признаване на дипломи и други документи за придобита квалификация или успешно завършен цикъл на обучение и право за упражняване на регулирана професия, а във втората група на Секторните директиви се включват правните актове, отнасящи се до няколко конкретни направления на професионална дейност в областта на регулираните професии.

Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 7 септември 2005 г. относно признаването на професионални квалификации консолидира 15 съществуващи директиви в тази област, от които 12 са секторните и 3 общосистемните директиви. Целта е директивата да създаде по-унифициран, прозрачен и гъвкав режим на признаване на професионалните квалификации.

Принципът на европейското право е, че граждани, квалифицирани да упражняват регулирана професия в държава-членка, имат право да я упражняват навсякъде в Европейския съюз. Улесняването на предоставянето на услуги обаче трябва да гарантира общественото здраве и безопасността със специални разпоредби относно регулираните професии, предоставящи трансгранични здравни услуги. [6]

Регулираните професии, свързани с общественото здраве и безопасност, които предоставят трансгранични услуги са: „лекар с базово образование“, „лекар-специалист“, „медицинска сестра с общ профил“, „лекар по дентална медицина“ (медицински специалисти, които лекуват зъбите и устната кухина), „лекар по дентална медицина-специалист“, „ветеринарен лекар“, „акушерка“ и „фармацевт“.

Обект на правна регламентация е **медицинското образование** в неговите три фази: базово медицинско образование, следдипломно медицинско образование и непрекъснато професионално развитие. В Копенхаген през 2003 г. Световната федерация за медицинско образование (СФМО) представя проекта си „Глобалните стандарти в медицинското образование за по-добро здравеопазване“. В проекта са определени три цели: „1) да стимулира медицинските училища да разработят собствени планове за промяна и подобряване на качеството в съответствие с международните препоръки; 2) да създаде система за национално и/или международно оценяване и акредитиране на медицинските училища, за да може в програмите им да бъдат заложили стандарти за минималните изисквания за качество; и 3) да гарантира практикуването на медицина и използването на работната сила в медицината, както и нейната нарастваща интернационализация чрез ясно формулирани международни стандарти за медицинско образование.“ [7]

От съществено значение за целите на планирането и предоставянето на здравни услуги на територията на Европейския съюз е **обменът на информация** относно броя на здравните работници, които се обучават и които са наети на работа, тяхната специализация, географското им разпределение, възраст, пол и страна на произход. Събираните данни са от полза за хармонизиране и стандартизиране на индикаторите за работната сила в здравния сектор и управление на мобилността на здравните работници в пределите на Европейския съюз. Обменът на информация има за цел да насърчава трансграничните споразумения за обучение и наемане на персонал, управление на изходящите потоци от здравни работници, при спазване на законодателството на Общността.

Условията на работа в здравеопазването създават повишен риск за поява на професионално заболяване или трудова злополука. Рисковете на работната среда се класифицират в следните групи: 1) биологични рискове (инфекции, предизвикани от наранявания с игли или други остри предмети, обслужване на болни от заразни и паразитни болести); 2) химически рискове (работа с химиотерапевтици и дезинфектанти); 3) физически рискове (работа в среда с йонизиращи лъчения); 4) ергономични рискове (изкривявания, в следствие повдигане и обслужване на пациенти, работа в операционни зали); и 5) психо-социални рискове (стресови ситуации на работното място, работа на смени и на разположение, диагностика и лечение на лица с психични разстройства и онкологично болни).

Най-голям дял заемат нараняванията с медицински игли – те могат да доведат до предаването на повече от 20 вируса, хепатит В и С, и ХИВ/СПИН. В приетата на 11 февруари 2010 г. резолюция от Европейския парламент са изнесени данни, че всяка година в Европейския съюз възникват повече от един милион наранявания с медицински игли, които водят до значително увеличаване на разходите за здравните системи и за обществото като цяло. Комисията е направила предложение за директива на Съвета за

прилагане на рамковото споразумение за превенция на нараняванията с остри инструменти в болничния сектор и в сектора на здравното обслужване. [8]

5. Политики и действия на Европейския съюз в областта на управлението и развитието на човешките ресурси в здравния сектор

С публикуването на 10 декември 2008 г. Зелена книга за работната сила в здравния сектор в Европа, Европейската комисия дава началото на обществена дискусия относно необходимостта от прилагане на устойчиви подходи и политики за опазване и развитие на работния потенциал в сектора. Зелената книга описва общите за всички държави-членки проблеми на работната сила в здравния сектор и мерките, които е необходимо да бъдат предприети от националните системи за справяне с тях по един ефективен начин.

Очертани са следните области на действия:

I. Демографските промени на общностно равнище и предизвикателствата на държавите-членки да адаптират системите на здравеопазване спрямо едно застаряващо население;

II. Условия на труд на работещите в здравния сектор и дейности по превенция на професионалните заболявания и злоупотуките;

III. Обучение и възможности за развитие на здравните специалисти;

IV. Управление на мобилността на работещите в здравния сектор на Европейския съюз;

V. Сътрудничество между държавите-членки и координиране на националните политики и програми в областта на ефективното функциониране на работната сила в здравния сектор.

На призива на Европейската комисия заинтересованите организации да дадат отговор на повдигнатите в Зелената книга въпроси отговаря Европейския икономически и социален комитет. [9]

Демографски промени:

По данни в доклад на генералния секретар на ООН, цитиран на 11 април 2010 г. от Асошиейтед прес, продължителността на живота по света значително се е увеличила – от 47 години през 1950 – 1955 г. на 68 години през 2005 – 2010 г.

Според документа смъртността сред младите хора е намаляла и се е концентрирала главно сред по-възрастните, при които е по-голяма вероятността от развитие на незаразни хронични и дегенеративни болести като рак, диабет, сърдечни и респираторни заболявания.

Тъй като повечето заболявания са хронични и изискват продължително лечение, ООН препоръчва държавите да вземат мерки за намаляване на рисковите фактори за появата на тези болести – наднормено тегло, обездвижване, тютюнопушене и злоупотреба с алкохол.

Тенденцията е все повече хора да живеят и водят динамичен живот до напреднала възраст. Според прогнозите до 2060 г. жителите на Европейския съюз на 80 и повече години ще бъдат най-бързо растящата възрастова група на населението. В следствие на тези демографски промени системите на здравеопазване на страните-членки ще бъдат изправени пред сериозни проблеми. [10]

Първоначално търсенето и публичните разходи ще нараснат с дела на грижите за възрастните хора, които сега се полагат от по-младите членове на семейството, и за които не се ползва обществен ресурс. В бъдеще обаче хората, които сега се грижат за крехкото здраве на своите близки, ще преминат в по-горна възрастова група и също ще се нуждаят от медицинска помощ и продължителни здравни грижи.

Застаряването на населението естествено се отразява и върху възрастовата структура на работната сила в здравните системи на държавите-членки. Делът на по-възрастните здравни работници вече е по-голям от този на току-що започващите своята кариера в здравеопазването и тези на средна възраст, като това съотношение ще се запази и в бъдеще, поради общата демографска ситуация.

Освен нарушената възрастова структура в здравеопазването на Европа се наблюдава и една друга тенденция – нарастването на броя на заетите жени в здравния сектор в сравнение с мъжете. Излизането на жените от системата за по-дълги периоди, в които се грижат за семействата си, може да повлияе върху устойчивостта на сектора ако няма достатъчно заети мъже. Съгласно директивата за равнопоставеността трябва да се осигуряват еднакви условия за половете, с възможност за съчетаване на професионалния и личния живот. Това означава, че успоредно с предприемането на мерки за привличане на повече мъже в сектора, трябва да се създават и условия за по-бързо връщане на жените в системата и компенсиране на пропуснатото в професионалната им квалификация. [11]

В тази област е необходимо да се направи оценка на нивото на разходите за работна сила и да се очертаят възможните действия относно поддържането на достатъчен брой персонал при очертаващото се пенсиониране на здравни работници от поколението на демографския взрив след Втората световна война; обучение, наемане и задържане на млади специалисти; насърчаване заетостта на мъжете в здравния сектор; и не на последно място за инвестиране в работния потенциал на средна възраст.

Условия на труд:

Подобряването на условията на труд и създаването на по-привлекателни работни места е един от основните фактори, влияещи върху заетостта в здравеопазването. Стратегиите за управление и развитие на човешките ресурси трябва да включват действия в следните области:

Първо, използване на новите технологии за освобождаване на сектора и на здравните специалисти от несвойствените задължения и прехвърлянето на голяма част от продължителните грижи за някои пациенти към общинските социални структури, първичната медицинска помощ или домовете на пациентите.

Второ, прилагане на постиженията на медицинската наука и технология при решаването на проблема с липса на квалифицирани медицински специалисти в определени райони – примерно, използването на телемедицината за предоставяне на услуги за диагностика от разстояние.

Трето, инвестиране в обучение и дори в преквалификация на здравните специалисти при въвеждането на нови технологии в сектора.

Четвърто, насърчаване на прилагането в практиката на програми за превенция на професионалните рискове и прилагане на трудовото право по отношение на работното време на медицинските специалисти, с цел опазване на тяхното здраве и безопасност. Общ проблем в здравните системи на държавите-членки при организацията на работата е нарушаването на максималната продължителност на работното време, задължителните дневни и седмични периоди за почивка. Решаването на проблема с работното време, времето на разположение и компенсационната почивка на здравните работници се затруднява от наложените критерии за качество на здравната услуга – изискванията за повсеместно здравно обслужване и съкращаване на времето за достъп до медицинска помощ, или предоставяне на здравна услуга навсякъде и по всяко време.

Обучение:

В тази област е необходимо да се отдели повече внимание на планирането на работната сила и управлението на инвестициите. Правилният подход е да се разработят програми за обучение, съобразени с конкретните потребности на националните здравни системи. В отделните държави-членки и райони има различни потребности – възможно е да има недостиг на лекари, медицински сестри, фармацевти и др. (поради демографските промени), или недостатъчен брой на лекарите-специалисти в определени медицински специалности (поради факта, че голяма част от лекарите трябва сами да заплатят специализацията си), или излизане на работна сила от системата (поради недостатъчни инвестиции в квалификация, преквалификация и продължаващо обучение за по-възрастните здравни работници), и др.

Във връзка с мобилността не е за пренебрегване и потребността да се създават възможности за езиково обучение, тъй като при предоставянето на здравна услуга се изисква в най-голяма степен разбиране и съпреживяване между лекар и пациент.

Мобилност:

По отношение на мобилността на здравните работници всяка държава-членка трябва да поеме своята отговорност да планира и подготви собствени специалисти. Възможността да се привлекат специалисти от други страни, не следва да се използва за оправдание при липса на национална стратегия за поддържане и създаване на работна сила в здравния сектор. В тази връзка Световната здравна организация (СЗО) е изработила кодекс за поведение за етично набиране на кадри.

Приоритет за трансграничната миграция е уеднаквяването на показателите и събирането на статистически данни за здравните професии и движението на специалисти. В Зелената книга се предлага създаване на Обсерватория за работната сила в здравния сектор, за да бъдат сравними националните статистики в Европейския съюз.

Сътрудничество и координация:

Влошените в следствие на финансовата криза условия не трябва да влияят на намеренията на държавите-членки да финансират в достатъчна степен здравните си системи и да гарантиран необходимия ресурс от специалисти. Основният механизъм за сътрудничество и координация са програмите за

подобряване на условията за труд, прилагането на специални мерки за изравняване и компенсиране на голямото натоварване (работа 24 часа, 7 дни в седмицата) на работещите в здравеопазването чрез високо заплащане на извънреден и нощен труд, и чрез допълнителен отпуск.

Възможностите за действия на европейско равнище са свързани с използването на структурните фондове за развитие на човешките ресурси в здравния сектор. Повишаването на образованието и квалификацията, и развитието на здравната инфраструктура може да допринесе за подобряване на условията на работа и за увеличаване на качеството на здравните услуги.

Вече е в ход пилотен проект „Нова ситуация във връзка със заетостта в здравния сектор: най-добри практики за усъвършенстване на професионалното обучение и квалификацията на работещите в областта на здравеопазването и подобряване на тяхното възнаграждение”, одобрен за финансиране с решение на Комисията от 2 октомври 2008 г.

Управленските цели за финансиране на тези инициативи са следните: 1) да се анализира новата ситуация в здравния сектор и да се определят политиките в дългосрочен план за повишаване на квалификацията на заетите в здравеопазването; 2) да се насърчи обмена на най-добри практики за удовлетворяване на повишеното потребление на здравни услуги, в следствие демографските промени; 3) да се изследват и да се определят мерки за намаляване на негативните последиците от трансграничната мобилност върху здравните услуги и националните здравни системи. [12]

6. Заключение

Политиките и дейностите на държавите-членки в следващото десетилетие трябва да бъдат насочени за адаптиране на националните им системи към нарастващото търсене и ограничените възможности за предлагане на здравни услуги. Предприеманите мерки обаче не могат да нарушават регулаторните механизми, включващи системи за издаване на разрешения, признаване на професионална квалификация, планиране на здравните услуги и регулиране на цените.

Сътрудничеството между здравните системи би допринесло за постигане на високо качество на трансграничните здравни услуги, увеличаване доверието на гражданите и удовлетвореността на здравните специалисти.

Литература:

1. Комисия на Европейските общности, Съобщение от Комисията до Европейския парламент, Съвета, Европейския икономически и социален комитет и Комитета на регионите, Брюксел, 20.11.2007, COM(2007) 725 окончателен;
2. Европейски парламент, Проектодоклад за влиянието и последиците от изключването на здравните услуги от директивата за услугите на вътрешния пазар (2006/2275(INI), 6.3.2007, 2006/2275(INI);
3. Становище на Европейския икономически и социален комитет относно Работната сила в здравния сектор в Европа COM(2008) 725 окончателен, 15.7.2009;
4. Директива 92/51 на Съвета на европейските общности от 18.6.1992 г. относно втората обща система за признаване на професионално образование и обучение за допълнение на Директива 89/48/ЕИО;
5. Зелена книга за работната сила в здравния сектор в Европа, COM(2008) 725 окончателен, 10.12.2008;
6. Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 7.9.2005 г. относно признаването на професионалните квалификации;
7. <http://old.mu-sofia.bg/index.php?p=76>
8. Предложение за директива на Съвета за прилагане на рамковото споразумение за превенция на нараняванията с остри инструменти в болничния сектор и в сектора на здравното обслужване, сключено между HOSPEEM /Европейската асоциация на работодателите в болничния сектор и в сектора на здравното обслужване/ и EPSU /Европейската синдикална федерация на работещите в сектора на обществените услуги, /*COM/2009/577, окончателен*/, предаден на Съвета на 27.10.2009, приет от ЕП на 11.2.2010;
9. Становище на Европейския икономически и социален комитет относно работната сила в здравния сектор в Европа, COM(2008) 725 окончателен, 15.7.2009;
10. Комисия на Европейските общности, Съобщение на Комисията до Европейския парламент, Съвета, Европейския икономически и социален комитет и Комитета на регионите, COM(2009) 180 окончателен, 29.4.2009;
11. Директива 76/207/ЕИО от 9.2.1976 г. относно прилагането на принципа на равното третиране на мъжете и жените по отношение на заетостта, професионалната квалификация и развитие, и условията на труд;
12. Комисия на Европейските общности, Решение на Комисията от 2 октомври 2008 година относно финансовото участие на Общността за 2008 г. в пилотен проект в областта на специалистите в сферата на здравеопазването, 2008/773/ЕО.

СИСТЕМА ЗА ОБУЧЕНИЕ И КВАЛИФИКАЦИЯ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО²⁵

SYSTEM FOR TRAINING AND QUALIFICATION OF HUMAN RESOURCES IN HEALTHCARE

Snezhana Kondeva

University hospital "Tsaritsa Ioanna – ISUL" – Sofia, part-time lecturer in the Faculty of Economics and Business Administration at Sofia University "St. Kliment Ohridski", Bulgaria, snkondeva@abv.bg

Abstract. All Member States of the European Union are facing the necessity of carrying out policies and actions that reduce the negative impact of demographic change and the free movement of persons and services on the healthcare systems. A major problem in adapting of healthcare to these changes is the problem with the conservation and development of the human resources.

The purpose of this report is to review the existing national legal framework and to highlight the issues that impact negatively on the human resources development, and hence the competitiveness of the Bulgarian healthcare.

Keywords: medical education, management and development of human resources.

1. Въведение

Всички държави-членки в Европейския съюз са изправени пред необходимостта от провеждане на политики и дейности, намаляващи негативното въздействие на демографските промени и свободното движение на хора и услуги върху здравните системи. От първостепенна важност при адаптирането на здравеопазването към тези промени е решаването на въпросите, свързани с опазването и развитието на човешките ресурси.

Целта на настоящия доклад е да се направи обзор на съществуващата национална правна рамка и да се акцентира върху част от проблемите на медицинското образование, които въздействат негативно върху развитието на човешките ресурси, а от там и върху конкурентността на българското здравеопазване.

2. Детерминанти на здравната система

България не прави изключение от демографската тенденция на застаряване на населението в Европейския съюз. Средната продължителност на живота у нас е 69 години за мъжете и 76 години за жените. За 15 от 27-те страни на Европейския съюз средната продължителност на живота при жените е над 80 години, а за мъжете тя е най-висока в Швеция - 77.7 години. [1]

По предварителни данни на Националния статистически институт за населението и демографските процеси през 2009 г. средната възраст на населението у нас непрекъснато нараства от 40.4 години през 2001 г. на 41.7 години през 2008 г. и 41.8 години през 2009 г. С еднакъв относителен дял на населението на 65 и повече години (17 – 18%), освен България са и Австрия, Белгия, Естония, Латвия, Португалия и Швеция. По-висок е този дял в Германия – 20.4%, Италия – 20.0%, и Гърция – 18.7%. В останалите страни делът на най-възрастното население е под 17%.

Съотношението между лица от населението под 15 и на 65 и повече години към 100 лица на възраст от 15 до 64 години е 45.1% (общ коефициент на възрастова зависимост).

Неблагоприятен е и коефициентът на демографско заместване: 100 излезли от трудоспособна възраст лица през 2001 г. са заместени от 124 души, през 2008 г. - от 91 души, а през 2009 г. - от 82 души.

Общата смъртност на населението е намаляла с 0.3% и е 14.2‰ (на 1000 души), а общо за 27-те държави в Европейския съюз смъртността е 9.64‰ по прогнозни данни на Евростат за 2009 година.

За влошаването на възрастовата структура у нас съществен принос имат емиграционните процеси сред младите възрастови групи: през 2009 г. общият брой на лицата, регистрирали настоящ адрес в чужбина е 19 039 души. От тях близо 52% са на възраст 20 – 39 години, 24% на възраст 40 – 59 години, 21 % на лица под 20 години и около 3% на лица над 60 години. За половината от емигрантите напускането на

²⁵ За цитиране: Кондева, Сн., „Система за обучение и квалификация на човешките ресурси в здравеопазването“, доклад в VIII Международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 10” - Стопански факултет на ТУ- София, гр. Созопол, 2010 г.

страната е свързано с осъществяване на постоянна работа, т.е. изключени са за по-продължителен период от групата на лицата в активна трудоспособна възраст. [2]

Застаряването на населението се отразява освен върху икономическата сфера с намаляване на броя на лицата в трудоспособна възраст, но и върху устойчивостта на здравната система с нарастване на търсенето на медицинска помощ от страна на по-възрастното население, а оттам и увеличаване на публичните разходи за здравеопазване. Противоедействието е структурна реформа, ускорено въвеждане в практиката на медицинските технологии и насърчаване на здравословния начин на живот.

Общата демографска ситуация влияе също така и върху осигуреността и възрастовата структура на човешките ресурси в здравеопазването. Увеличава се дела на здравните работници на около 50 години и на тези, на които им предстои пенсиониране. Движението на показателя заети в здравния сектор общо за страната е, както следва: лекарите през 2008 г. са намалели с 631 души спрямо 2006 г. (2.3%) и с 431 души спрямо 2007 г. (1.57%); лекарите по дентална медицина (медицински специалисти, които лекуват зъбите и устната кухина) - с 224 души спрямо 2006 г. (3.56%) и със 144 души спрямо 2007 г. (2.29%); медицинските специалисти по здравни грижи и лицата, завършили медицински колеж са повече през 2008 г. с 266 души спрямо 2006 г. (0.55%) и по-малко с 253 души в сравнение с 2007 г. (0.52%).

През 2008 г. акушерките са по-малко с 93 в сравнение с 2006 г. и с 65 в сравнение с 2007 г., а медицинските сестри от всички профили през 2008 г. са повече съответно със 715 и със 70 в сравнение с 2006 г. и 2007 г.

При лекарите-специалисти се отчита намаление с 341 души при общопрактикуващите лекари през 2008 г. спрямо 2006 г. и със 194 спрямо 2007 г. За съжаление националната статистика не отчита отделно движението на лекарите-анестезиолози и лекарите-патолози, където вече се изпитва недостиг на кадри.

Населението на един лекар през 2001 г. е 290 души, а през 2008 г. – 277 души, т.е. населението на един лекар е намаляло с 13 души. Не се наблюдава съществена промяна в броя на населението, отнесено към един лекар по дентална медицина за периода 2001 – 2008 г. [3]

В представената демографска прогноза на Зелената книга, в периода 1995 – 2000 г. броят на лекарите в Европа на възраст под 45 години е намалял с 20%, а броят на лекарите над тази възраст се е увеличил с над 50%. [4]

За процеса на миграция на здравни работници в други държави няма точна статистика. Изводи за мигриращите се правят по броя на легализираните от Министерство на образованието дипломи на завършили висши и средни медицински училища и от броя на издадените от съсловните организации удостоверения за законно упражнявана медицинска професия. Изказват се мнения, че заради недостатъчното финансиране на сектора и негативните нагласи в обществото най-добрите ни специалисти напускат страната.

В действителност обаче условията за наемане на българските специалисти на работа в чужбина не са много добри. Системите на здравеопазване в предпочитаните държави вече са с оптимален брой специалисти и затова нашите медицински сестри работят като болногледачки, а лекарите сключват краткосрочни договори от една, максимум до две години. Тази е причината медицинските специалисти да не прекъсват трудовото си правоотношение в страната, като вземат по-продължителен неплатен отпуск. Те сравнително скоро могат да се завърнат в страната, ако се подобрят условията на труд и заплащането в здравната ни система.

Здравеопазването има добра обезпеченост на лекари, но те не са разпределени пропорционално по специалности и равномерно по цялата територия на страната. В последните няколко години се наблюдава вътрешна миграция на лекари-специалисти, които преминават на работа от държавни болници в частни лечебни структури, намиращи се по правило в по-големите градове.

Проблемът при медицинските специалисти – сестри, лаборанти, рехабилитатори, акушерки е свързан не толкова с външна миграция, колкото със значително намаляване на интереса на младите хора към тези професии. Освен по-малкият прием в медицинските училища много от завършващите изобщо не влизат в системата поради ниското заплащане, заминават директно в чужбина или упражняват предприемаческа дейност. От заетите в здравната система преобладават медицински сестри на средна възраст, които не са мотивирани да сменят работата. Но в същото време голяма част от тях са с определена група инвалидност, нямат право според предписанията на здравните органи да извършват тежък физически труд (т.е. да повдигат и се грижат за пациентите) и да полагат ношен труд. Те се трудоустрояват на работното си място,

работят редовна смяна и не се включват в работния график. Това води до свръх натоварване на останалия персонал.

Лекарите пък работят на динамичен график обикновено на повече от един трудов договор. Едни и същи лекари-специалисти работят в болничната и в извънболничната помощ, като причина за това е необходимостта от по-високи доходи.

Тревожна е кадровата осигуреност на звената за спешна медицинска помощ и съотношението лекари - медицински сестри. В момента за страната като цяло съотношението е един лекар на една медицинска сестра, а в повечето европейски страни медицинските сестри са два пъти повече, което е и добрата практика.

Миграцията на медицински специалисти е обективен процес, свързан с личен избор в коя страна да се упражнява професията, затова той щеше да се случи дори ако имаме най-добрия модел на здравно осигуряване. Въпросът е непрекъснато да се създават нови кадри и да се използват ефективно наличните ресурси. Да се развиват и прилагат в практиката професионалните умения на здравните работници, избрали да живеят и се трудят в България, в интерес на българските граждани, нуждаещи се от медицинска помощ и грижи.

3. Структура и финансиране на базовото медицинско образование

През 1990 г. „Малеевият проект” Медицинска академия се разпада и включените в състава и институти се преобразуват в самостоятелни, а след това се акредитират като университети по Закона за висшето образование. [5]

Структурата на самостоятелните държавни висши медицински училища е следната: Медицински университет – София, с филиал в гр. Враца, Медицински университет – Плевен, с Медицински колеж, Медицински университет – Варна, с Медицински колеж, Медицински университет – Пловдив.

Медицински факултет има в структурата на Тракийския университет – Стара Загора, а през 2008 г. е възстановен и Медицинският факултет към СУ „Св. Климент Охридски”.

Обучението в медицинските университети се осъществява по акредитирани **професионални направления**: 1) медицина; 2) дентална медицина; 3) фармация; 4) обществено здраве; и 5) здравни грижи, както и по **специалности от регулираните професии**: 1) медицинска сестра; 2) акушерка; 3) медицински лаборант; и 4) рентгенов лаборант.

По предложение на министъра на здравеопазването Министерският съвет приема единни държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите по регулираните професии от професионални направления „Медицина”, „Дентална медицина”, „Фармация”, „Обществено здраве” и „Здравни грижи”. [6]

Със Закона за признаване на професионални квалификации в българското право се транспонира Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета относно признаването на професионални квалификации. [7]

Целта на директивата и закона е да се улесни свободното движение на специалисти в държавите-членки, но в същото време да се гарантира достатъчно равнище на квалификация. Затова са въведени изисквания за теоретични и практически знания и умения и процедури за признаване на професионален стаж и квалификация.

По отношение на медицинските специалности се прилага принципът за автоматично признаване на професионални квалификации, съгласно регламентираните ред и условия в директивата и в българския закон. Достъпът в държавите-членки до професиите „лекар”, „лекар по дентална медицина”, „медицинска сестра с общ профил”, „акушерка” и „фармацевт” се обвързва с притежаване на определена професионална квалификация, гарантираща, че лицето е преминало обучение, което отговаря на координираните между държавите-членки минимални изисквания.

За признаване на професионална квалификация и медицинска специалност законовото изискване е задължителна клинична практика в университетска болница под съответното наблюдение.

Затова и **организацията на учебния процес** в медицинските университети е специфична, изразяваща се в това, че длъжностите на хабилитираните и нехабилитираните преподаватели са в структурите на университетските болници. Научно-преподавателските кадри извършват лечебна дейност по основен трудов договор в тези болници и преподавателска дейност по втори допълнителен договор към

съответния университет. Лекциите, упражненията и практическите занимания са организирани изцяло в учебните зали и клиничните звена на университетските болници. Собствените сгради се ползват от административния персонал на ректората и факултетите. При това положение разходите за издръжка на медицинските университети са значително по-малки от разходите, необходими на другите държавни висши училища за издръжка на собствена материална база и изплащане на възнаграждения на преподавателите по основен трудов договор.

По-голяма част от приходите на висшите медицински училища е **държавната субсидия**, осигурявана чрез бюджета на Министерство на образованието, младежта и науката. Издръжката за обучение на студентите, която включва средствата за работна заплата и текущите разходи, се определя съгласно Постановление № 162 от 20 юни 2001 г. С постановлението се въвеждат диференцирани нормативи за издръжка по девет групи професионални направления. Коефициентът за „медицина“, „стоматология“ и „фармация“ е по-нисък единствено от този за професионално направление „военно дело“. [8]

И в действителност, за да постигнем високо равнище на медицинското образование са необходими инвестиции в материално-техническа база, осигуряване на съвременна високотехнологична медицинска апаратура, на средства за закупуване на материали, химикали и консумативи, на оборудване за лаборатории и др. Този необходим за българското медицинско образование ресурс се осигурява, но не от държавната субсидия за университетите, а от бюджетите и за сметка на университетските болници.

Общата субсидия за капиталови разходи по бюджета за 2010 г. на медицинските университети е в размер на 1 026 920 лв. Колкото и малка да е тя, решенията за разпределяне на тези средства се вземат само от университета в полза на конкретни клиники и лица, без участието на ръководствата на университетските болници. Най-често се закупува медицинска апаратура, за която болницата след това влага допълнителни средства за заплащане на такси, за получаване на лицензии за пускане в експлоатация, и за осигуряване на договори за абонаментна поддръжка. Така на практика медицинските университети действат самостоятелно, без обща визия с университетските болници и преценка по целесъобразност на инвестициите.

Съпоставих разходите и натуралните показатели за дейността през 2009 г. на медицинските университети в София, Плевен, Варна и Пловдив, с разходите и показателите на четири други – Университета за национално и световно стопанство – София, Технически университет – Габрово, Икономически университет – Варна и Пловдивския университет „Паисий Хилендарски“. [9]

Констатациите са следните: Средният норматив през 2010 г. за финансиране на медицинските университети е 5 937 лв., а по отчет за 2009 г. заплатите и възнагражденията на щатния персонал са почти 60% от тази субсидия. В сравняваните университети средният норматив е 1 248 лв., като около 90% от него е разход за заплати и възнаграждения. Средната месечна заплата по втори трудов договор в медицинските университети е 843 лв., а в другите – 1149 лв. за работа по основен трудов договор (пълнен работен ден и учебна натовареност). Медицинските университети са платили над щатните заплати през 2009 г. около 14 % допълнителни възнаграждения по граждански договори, а другите четири университета – 8.89%. Независимо от това, че в средногодишните щатни бройки се включва ръководството и администрацията, съпоставката на една щатна бройка към един брой учащ се през 2009 г. е показателна за учебната натовареност на персонала – на един служител в медицинските университети се падат по 3 студенти, а в сравняваните – на един служител се падат по 12 учащи се.

При този комфорт на държавна субсидия медицинските университети са безкритични по отношение броя на преподавателския персонал и няма стремеж към ефективност при организацията на учебния процес.

През 2010 г. държавната субсидия за издръжка на обучението общо за медицинските университети е в размер на 53 464 202 лв. При положение, че с около 50 – 60 % от тази субсидия се покриват възнагражденията на персонала, които извършва преподавателска дейност в работното си време по основен трудов договор, е необходима законодателна промяна и пренасочване на трансфер от около 20 – 26 милиона лева годишно към университетските болници. Финансирането на структурите, в които реално се осъществява учебния процес, ще изведе на преден план и необходимостта от регулиране на броя университетски болници.

(Таблица 1)

1.1. Разходи и натурални показатели за дейността на медицинските университети – отчет 2009 г.

параграфи и натурални показатели за дейността	МУ София	МУ Плевен	МУ Варна	МУ Пловдив	МУ за 2009 г.
Заплати трудов договор, лв. /на 1учащ се .2009 г., лв. /% от (1) (1) норматив – 2010 г., лв.	13938414 2692 43,24 6225	3723627 3191 58,53 5452	783110 7 4500 74,81 6015	8810190 4739 78,24 6057	34303338 3450 58,11 5937
Средногодишни щатни бройки	1476	383	621	912	3392
Средна годишна брутна заплата, лв. /месечна заплата, лв.	9443 787	9722 810	12610 1051	9660 805	10113 843
Граждански договори, лв. /% от средствата за заплата	2479995 17,79	422803 11,35	820068 10,47	870218 9,88	4593084 13,39
Средногодишен приравнен брой учащи на 31.12.2009 г.	5178	1167	1740	1859	9944
Съотношение 1 щатна бройка към 31.12.2009 г. – средно- приравнен брой учащи се през 2009 г.	1:3.5	1:3.05	1:2.8	1:2.04	1:2.93

1.2. Разходи и натурални показатели за дейността на четири университети –
отчет 2009 г.

параграфи и натурални показатели за дейността	УНСС София	ТУ Габрово	ИУ Варна	П.Хил. Пловдив	общо за 2009 г.
Заплати трудов договор, лв. /на 1учащ се .2009 г., лв. /% от (1) (1) норматив – 2010 г., лв.	14549147 1051 115(-) 936	3982884 1292 70,72 1827	745299 5 849 92.89 914	13893106 1397 82(-) 1315	39878132 1119 89,66 1248
Средногодишни щатни бройки	1021	405	462	1003	2891
Средна годишна брутна заплата, лв. /месечна заплата, лв.	14250 1187	9834 820	1632 1344	13852 1154	13794 1149
Граждански договори, лв. /% от средствата за заплата	1433688 9,85	370047 9,29	561347 7,53	1180138 8,49	3545220 8,89
Средногодишен приравнен брой учащи на 31.12.2009 г.	13841	3081	8776	9946	35644
Съотношение 1 щатна бройка към 31.12.2009 г. – средно- приравнен брой учащи се през 2009 г.	1:13.56	1:7.61	1:19	1:9.92	1:12.33

Освен погрешният трансфер на средствата за издръжка се оказва още, че и обучението на чуждестранните студенти (главно от страни извън Европейския съюз като Турция, Македония, Япония, Индия и др.) е за сметка на държавния бюджет и на бюджетите на университетските болници.

В представена информация от Националния статистически институт по частна заявка се вижда, че 37.8% през 2007 г. и 42.59% през 2008 г. от общо дипломираните студенти по специалността „Медицина” са чужденци.

(Таблица 2)

Брой записани и дипломирани студенти по специалност „Медицина” за 2007 и 2008 г.

	2007	2008
Записани студенти по специалност „Медицина”	3830	4294
Дипломирани студенти по специалност „Медицина”	455	580
От дипломираните студенти по специалност		

„Медицина” – чужденци	172	247
чужденци от дипломираните студенти по специалност „Медицина”	37,8%	42,59%

Ректорите на някои медицински университети публично обявяват своята стратегия да привличат все повече чужденци, които да заплащат изцяло обучението си, включително и изучаването на език. В изпълнение на тяхната програма за чужденците се организира обучение и цялостна учебна програма на английски език. По този начин нито един чуждестранен студент не може да започне работа в нашето здравеопазване поради езиковата бариера, а в същото време освен знанията си по английски език има и диплома, която може да бъде автоматично призната в държавите-членки на Европейския съюз. Оказва се, че българското медицинско образование работи повече за обезпечаване с кадри здравните сектори на други държави, отколкото за подобряване на конкурентността на българското здравеопазване.

Причините да се провежда политика за самостоятелно развитие на медицинските университети са комплексни, но основната е липсата на законово разпределяне на отговорностите между институциите за управлението и развитието на работната сила.

Липсва взаимодействие и координация между самите медицински училища за финансово обезпечаване на учебния процес и кадрово осигуряване на здравната ни система за постигане на стратегическата цел - медицинското образование да допринася за устойчивост на сектора и подобряване качеството на здравната услуга.

4. Следдипломно обучение в системата на здравеопазване

Придобиването на специалност и продължаващото медицинско обучение са двете форми на следдипломното обучение, на което имат право всички лица с образователно-квалификационна степен „доктор”, „магистър” и „бакалавър”, и които работят в националната система за здравеопазване.

Номенклатурата на специалностите, условията и реда за провеждане на обучението и придобиване на специалност в системата на здравеопазване са определени в наредба на министъра на здравеопазването, съгласувана с министъра на образованието, младежта и науката и с министъра на финансите. [10] Има отделна наредба за придобиване на специалност „обща медицина”. [11]

В Закона за здравето по-скоро пожелателно е записано, че финансирането на обучението за придобиване на специалност в здравеопазването се определя в съответствие с целите и приоритетите на националната здравна стратегия. [12] Пожелателно, защото (ако някой знае за публикуваната стратегия) приоритетите в нея са формулирани общо, без ясна визия за бъдещето. А финансирането по наредбата през последните години се осъществява в рамките на ограничен бюджет и не е адекватно на потребностите на системата.

В наредбата за придобиване на специалност е регламентирано, че министърът на здравеопазването планира и координира дейността по провеждане на обучението и ежегодно определя броя на местата за специализанти. Процедурата следва управленската логика за определяне на потребностите „отдолу – нагоре”, т.е. лечебните заведения изготвят предложение за местата за специализанти, регионалните центрове по здравеопазване и районните колегии на съсловните организации проучват заявките и правят предложение до министъра въз основа на предложенията на лечебните заведения. В нормативната уредба обаче няма механизъм за мотивиране на персонала и лечебните заведения за развитие на следдипломното обучение.

Медицинският персонал, от една страна, трудно издържа на финансовата тежест да няма гарантирано възнаграждение за периода на специализация. Това е така, защото следдипломното обучение е организирано на модули в няколко обучаващи бази, различни от лечебното заведение, в което специализантът работи. За времето на обучение нито работодателят, нито обучаващото лечебно заведение заплаща възнаграждение. На практика специализантите работят наравно с персонала в университетската болница - имат работно време, дават дежурства и полагат нощен труд, извършват прегледи, изследвания, манипулации, визитации и оформят медицинската документация, тъй като имат необходимото образование и правоспособност за законно упражняване на медицинска професия.

Получава се така, че специализантите са „експлоатираната” част от работната сила в здравеопазването и то не само у нас. Европейската комисия е получила и регистрирала серия от жалби относно

възнаграждението на лекарите в период на специализация, но все още не се е произнесла и не е определила по-нататъшните си действия. [13]

Ръководителите на лечебните заведения, от друга страна, нямат достатъчно гаранции, че ако инвестират в обучение на медицински кадри, същите след придобиване на специалността ще продължат да работят и да допринасят за развитието на медицинската дейност в същото лечебно заведение. По-приемлив вариант за работодателите е наемането на лекари с вече придобита специалност.

Този проблем може да бъде решен чрез въвеждане на законово изискване да се заплаща подходящо трудово възнаграждение на лекарите специализанти за изпълняваните от тях задължения по време на обучението и да се компенсират работодателите в здравеопазването, които активно участват в процеса на следдипломното обучение на медицински кадри.

Съсловните организации на лекарите, лекарите по дентална медицина, магистър-фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти организират, координират, провеждат и регистрират продължаващото медицинско обучение при условия и ред, определени в договори с висшите училища, Българския Червен кръст и Военномедицинската академия.

И в следдипломното обучение за придобиване на специалност чужденците се ползват с облекчен режим в сравнение с българските граждани. За тях се провежда само конкурс по документи и обучението им се организира съгласно вътрешни правилници на медицинските университети.

5. Заключение

В следващите години на тежка ситуация в европейското здравеопазване ще се адаптират и саморегулират тези здравни системи, които формират политика на стратегическо управление на човешките ресурси.

Това означава да се подобряват условията в здравеопазването чрез внедряване в практиката на последните медицински методи и технологии, да се повишава образованието и квалификацията на заетите, да се осигури достойно заплащане на труда в сектора, и да се очертаят дългосрочни перспективи за здравните специалисти с висок потенциал да се реализират в страната.

Координирането на усилията и отговорностите на институциите, медицинските университети и университетските болници ще допринесе за решаването на проблема с човешките ресурси на национално ниво, а оттам ще осигури и модерната медицина, към която обществото ни се стреми.

Литература:

1. WHO Health for all database (2007);
2. www.nsi.bg, прессъобщения, Население и демографски процеси през 2009 година, предварителни данни;
3. www.nsi.bg, здравеопазване;
4. Зелена книга за работната сила в здравния сектор в Европа, СОМ (2008) 725 окончателен, 10.12.2008;
5. Закон за висшето образование, обн., ДВ, бр. 112 от 27.12.1995 г., последно изм. и доп., ДВ, бр. 99 от 15.12.2009 г., в сила от 1.01.2010 г.;
6. Закон за здравето, обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г., в сила от 1.01.2005 г., последно изм. и доп., бр. 101 от 18.12.2009 г., в сила от 18.12.2009 г.
7. Закон за признаване на професионални квалификации, обн., ДВ, бр. 13 от 8.02.2008 г., в сила от 8.02.2008 г., последно изм., ДВ, бр. 74 от 15.09.2009 г.;
8. Постановление № 162 от 20 юни 2001 г. за определяне на диференцирани нормативи за издръжка на обучението за един студент по професионални направления, обн., ДВ, бр. 59 от 3 юли 2001 г., последно изм., ДВ, бр. 79 от 6 октомври 2009 г.;
9. www.minedu.government.bg, регистри, годишен отчет на държавните висши училища; бюджет за 2010 г. на държавните висши училища, финансирани от Министерство на образованието, младежта и науката;
10. Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 23.01.2007 г., в сила от 1.01.2007 г., последно изм. и доп., ДВ, 12 от 12.02.2010 г., в сила от 12.02.2010 г.;
11. Наредба № 15 от 2.07.2008 г. за придобиване на специалност „обща медицина” от общопрактикуващите лекари, обн., ДВ, бр. 63 от 15.07.2008 г.;
12. Национална здравна стратегия 2008-2013 година, обн., ДВ, бр. 107 от 16.12.2008 г.;
13. Потвърждение за получаване на жалба № 2009/4209 – SG (2009)A/1798 от Европейската комисия.

Статии, публикувани в научни списание (1998 г. – 2018 г.)

САМОРЕГУЛАЦИЯ НА ЛЕКАРСКАТА КОМПЕТЕНТНОСТ ВЪВ ВРЪЗКА С ВЪЗДЕЙСТВИЕТО НА МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА ВЪРХУ СОЦИАЛНОТО И ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ²⁶

Снежана Кондева, докторант в катедра „Икономика и управление по отрасли“ в Стопанския факултет на СУ „Св. Климент Охридски“, председател на Съвета на директорите на Втора МБАЛ – София, e-mail: snkondeva@abv.bg

Резюме: Автономното лекарско решение е съществен елемент от дейността на осигурителните фондове. Подходът за отстраняване на негативното му въздействие върху пазара на труда, социалното и здравното осигуряване трябва да бъде ефективното съчетаване на институционалния и специализирания контрол върху медицинската експертиза, на лекарската саморегулация и създаването на условия за професионално развитие и по-високи доходи на лекаря експерт.

Ключови думи: лекарска компетентност, медицинска експертиза, осигурителни фондове

JEL: H55, I13.

1. Въведение

Изискването за образование и професионална квалификация на упражняващите медицина, е най-старата форма на контрол, целящ да предпази обществото от опасността самозвани и некомпетентни лица да се представят за лекари и да вредят вместо да лекуват. След институционализирането на системите за социално и здравно осигуряване и тяхното развитие, се модернизират и контролните механизми върху медицинската и експертната дейност. Причините за тава непрекъснато обновяване, освен на субективните отношения между лекаря и пациента, се дължат още на:

- широкия обхват на лицата, които ползват осигурителни права и необходимостта от регулиране на взаимоотношенията лекар-осигурен-осигурителен институт;
- независимостта на лекарското решение/експертиза и силното му влияние върху работната сила и разходите за социално и здравно осигуряване;
- ангажимента на държавата в социалната и здравната сфера и изискването за насрещна полза – предоставянето на качествени социални и здравни услуги на гражданите.

Отговорността за поддържането на професионалните и етични стандарти е на лекарското съсловие, като последица от правото на професионална автономия, а националните медицински асоциации, с функции на лекарска камара, са отговорният орган за медицинското образование, правоспособност и работа на лекарите. Българският

²⁶ За цитиране: Кондева, Сн., „Саморегулация на лекарската компетентност във връзка с въздействието на медицинската експертиза върху социалното и здравното осигуряване“, Списание „Икономически и социални алтернативи“, УНСС, бр. 1/2018, стр. 143 – 152, [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.unwe.bg/uploads/Alternatives/12_IA_br_1%202018_BG.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.unwe.bg/uploads/Alternatives/12_IA_br_1%202018_BG.pdf)

лекарски съюз има ограничени правомощия по отношение саморегулацията на лекарите у нас.

Тезата е, че здравната и социалната политика трябва да бъдат насочени към отстраняване на причините за неефективния избор чрез създаване на условия за постоянна квалификация, добро заплащане и професионална удовлетвореност на лекарите. Което означава, че бъдещите реформи в здравеопазването и социалното осигуряване трябва да включват институционализирането на саморегулацията на медицинската дейност, с акцент върху лекарите и тяхното неотменно право на самостоятелна професионална преценка и свободата на клинични и етични решения. (Сборник, 1994, с. 41)

2. Същност на лекарската компетентност – обществено и индивидуално измерение. Етични граници.

2.1. регулиране на лекарската правоспособност

Процесите за контролиране на средата и осъществяването на контрол върху дейностите в здравеопазването се обуславят от асиметричната връзка лекар – пациент, за да се гарантира безопасното лечение, и от автономното лекарско решение, за да се минимизира необоснованото нарастване на разходите за осигуряване и негативното въздействие върху пазара на труда.

По отношение на здравословното състояние пациентът е поставен в зависимост, защото някой друг притежава специалните знания за заболяването, болестта и работоспособността, както и професионалните умения за извършване на диагностиката, лечението, рехабилитацията и експертизата. Затова:

- първата регулация е върху медицинското образование (Закон, 2008), лекарската специализация в определена област на медицината (Наредба, 2015) и следдипломното обучение на лекарите през целия период на активна професионална дейност (Закон, 1998);

- втората регулация е върху средата, в която лекарят може да приложи професионално своите знания и умения (Закон, 2004), и

- третата регулация е върху нивото на компетентност на лечебните структури да предоставят здравни услуги (Наредба, 2010).

Обект на регламентация е извършването на експертиза на здравословното състояние и работоспособността. (Наредба, 2017) Общественото измерение на тази дейност може да се изведе от определението на Световната здравна организация за здравето като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на заболяване и недъг“. От тази изходна позиция лекарят трябва да направи професионална преценка не само на физическото и психическото състояние на освидетелстваното лице, но и на продължителността на състоянието на непълно оздравяване или развитието на хроничен болестен процес, както и на способността му за социална реадaptация.

2.2. индивидуалната лекарска компетентност

Лекарите са тези, които по призвание помагат на болните, а по занятие правят индивидуално добро на пациентите, с което на връзката между лекаря и пациента се придава строго субективен характер, а на медицинската практика - някакъв вид тайнство,

допълвайки „властта, произтичаща от знанието, с това, което не може да бъде изречено, и което предлага надежда“. (Пентълтън, и др., 1998, с. 24) Основен елемент във взаимоотношенията е създаването на доверие и от двете страни, поради което компетентността на лекаря се определя чрез комуникацията с пациента. При здравословен проблем пациентът търси помощ от лекар, когото смята за компетентен да го разреши, а избраният лекар от своя страна предразполага болния да му има доверие и това се отразява върху процеса на лечение. Защото ако пациентът има доверие към лекаря или медицинския екип, той следва препоръките и напуска болницата удовлетворен от лечебния резултат, много често и без да е разбрал имената на лекарите.

По време на прегледа или престоя в болницата се разтваря ветрилото на диагностичните и лечебните методи и средства, за които лекарят преценява, че има съответните познания, материални условия, личен опит и възможност да приложи най-новите здравни технологии. Колкото по-широко е разтворено ветрилото, толкова по-големи са възможностите лекарската преценка да отговори по-точно на индивидуалните нужди на пациента. И обратното – ако лекарят има ограничени познания, опит, комуникационни и технологични условия, толкова по-голяма е вероятността всички пациенти да имат един и същ диагностично-терапевтичен план, включващ неголям брой изследвания и лекарства, които лекарят традиционно прилага, защото само те отговарят на неговата квалификация и опит.

Компетентността не е константна величина и се променя, както в зависимост от конкретните случаи, които трябва да реши лекарят, така също и в зависимост от новостите в науката и медицинската практика. Пример за необходимостта от непрекъсната професионална квалификация е лечението на множествената склероза, която преди 30 – 40 години обричаше на бързо и пълно инвалидизиране и смърт пациентите с тази диагноза. Сега председателят на Българското дружество по неврология, акад. проф. д-р Иван Миланов, дмн, споделя, че медикаментите нарастват всяка година, като с разработеният алгоритъм, който определя правилата за лечение, се забавя развитието на заболяването с възникване на тежка инвалидност. Когато заболяването е по-малко активно, трябва да се прилагат по-слаби медикаменти, за да се избегнат страничните ефекти. Когато обаче активността на заболяването се засили, веднага трябва да се приложат по-мощни медикаменти. Това налага редовно проследяване на всеки индивидуален пациент, както и постоянно усвояване на нови практически умения при лечението на множествената склероза от страна на невролозите. (<http://medicalnews.bg/blog/2017/06/01/> Интервю.) Прилагането на съвременни методи на диагностика и лечение осигуряват по-бързото връщане на пазара на труда – примерно лапароскопският метод, при който няма тежки разрези, липсва масивна кръвозагуба и травматичност на тъканите позволява пациентът да бъде изписан от болницата на втория ден, а след още седем да се върне на работа.

Етичните принципи на професията изискват лекарят сам да прецени в кои случаи да поиска допълнителна консултация от друг специалист или да насочи пациента към свой колега, който има повече опит, ако не е сигурен в благоприятния изход от лечението, включително и поради липса на доверие от негова страна.

2.3. граници на професионалната компетентност на лекаря

В началото на миналия век сред млади асистенти (специализанти) в Германия бил обсъждан въпросът какво трябва да бъде решението на един лекар, повикан при родилка, чийто живот е застрашен от кръвозагуба, ако той не разполага с гумени ръкавици и няма време за дезинфекциране на ръцете по изискваните правила? Трябва ли в тази ситуация да се опита да спаси болната чрез вътрешна намеса? По-голямата част от мненията били за строго спазване на асептиката, т.е. да се остави болната да умре от кръвозагуба. В друг случай лекарят също не разполагал с ръкавици, но решил да помогне на жена с тежко кръвотечение след раждане, при това страдаща от сифилис. Лекарят дал мануална помощ и няколко седмици след това заболял от сифилис, въпреки най-грижливо последвалата дезинфекция. (Лик, 1928, с. 40)

Извършването на дезинфекция в първия случай цели лекарят да не допусне попадане чрез ръцете му на микроорганизми в оперативното поле, а във втория – да се предпази здравето и живота на самия лекар. В онзи период развитието на здравеопазването и правилата все още не решават моралните въпроси, трябва ли родилката да бъде оставена да умре от кръвозагуба и длъжен ли е лекарят да оказва медицинска помощ, рискувайки собственото си здраве?

Днес строгите изисквания за стерилизация, ползването на лични предпазни средства и обхвата на системите за оказване на спешна медицинска помощ очертават границата на лекарската компетентност и правото да се откаже лечението и консултацията ако липсват необходимите материални условия (Кодекс, 2000), но се явяват нови етични проблеми в дейността на лекаря, които известният хирург проф. Бойко Коруков, нарича „работа между живота и смъртта“:

Липсата на съзнание, дишане и сърдечна дейност е обратимо състояние на клинична смърт и ако се вземат специализирани спешни мерки някои пациенти имат шанс да бъдат съживени преди да изпаднат в необратимото състояние на мозъчна и биологична смърт. Времето за реакция на лекаря е до три минути, защото само за кратко мозъчните клетки могат да оцелеят без кислород, доставян чрез дишането и сърдечната дейност. След това, дори и да се възстанови сърдечната дейност, остават трайни мозъчни увреждания или пациентът умира.

Правилно, взето в рамките на няколко секунди, е решението на лекаря да направи опит да съживи пациента чрез високо рискова манипулация за възстановяване на сърдечната дейност. При неуспех лекарят може да бъде обвинен, че не е действал професионално и е надценил способностите си, в следствие на което е настъпило увреждането или смъртта. При успех и връщане към живота най-вероятно пациентът и близките му ще го отдадат на божествената намеса. Решението, което във всички случаи гарантира оценката за професионално изпълнение, е записът в медицинската документация, че пациентът е преминал през състояние на клинична смърт и след това е умрял.

Развитието на медицинската наука и здравноосигурителните системи е на етап, при който лечението е детерминирано от медицински стандарти, административни процедури и финансови взаимоотношения, а електронното здравеопазване дава много точна информация за извършените изследвания, анализи, процедури и медикаментозна терапия на пациентите. Това, което не подлежи на стандартизиране във всички медицински специалности, е онзи отрязък от време, в който лекарят трябва да вземе

решение. Става въпрос за избор между няколко правилни решения, отговарящи напълно на квалификацията и професионалните умения на лекаря.

3. Търсене на решения в нереформирана система. Контролен механизъм.

Негативната обществена нагласа, формираща се преди всичко в медийното пространство, създава погрешното впечатление, че лекарите са отговорни дори за неща, върху които нямат контрол. Едно от обвиненията към съсловието е за увеличените размери на обезщетенията за временна неработоспособност и на броя на освидетелстваните лица, които получават инвалидна пенсия, само защото има случаи, при които се ползва болничен вместо отпуск и се фалшифицират документи.

Действително изплатените суми за болнични и броят на дните в неработоспособност се увеличават постоянно: за първото шестмесечие на 2014 г. изплатените суми за временна неработоспособност поради общо заболяване са 167 977 032 лв., а за същия период на 2017 г. те са 238 366 510 лв. По години увеличението за първите шестмесечия е с 11,02 % /2014/2015/; с 15,48 % /2015/2016/ и с 10,68 % /2016/2017/. (<http://www.nssi.bg/aboutbg/st/statistic/155-ozm> НОИ)

Съпоставка с данни на НЗОК за заплатени средства за болнична медицинска помощ (клинични пътеки, високоспециализирани медицински дейности, клинични процедури и процедури) за първите шест месеца на 2015 г. и 2016 г. показва, че срещу повечето дни болнични има заплатена реално извършена болнична дейност и нарастването на отсъствията от работа съответства на повечето предоставени здравни услуги в болниците. През първото шестмесечие на 2016 г. са изплатени 40 099 490 лв. повече в сравнение със същия период на 2015 г., т.е. 5,22 %. (<https://www.nhif.bg/page/hospitals> НЗОК) Данните са съпоставими, тъй като през 2016 г. не беше подписан нов НРД и няма промяна в цените на медицинската дейност.

За постъпилите в Изпълнителната агенция „Медицински одит“ жалби и сигнали, прави впечатление, първо, сравнително малкият им брой за около един милион хоспитализации за половин година, и второ, ниският процент на жалбите и сигналите, свързани с нерегламентирани плащания и морално-етични проблеми.

(<http://www.eama.bg/index.php/bg/deinost-na-agentziyata> ИА“МО“)

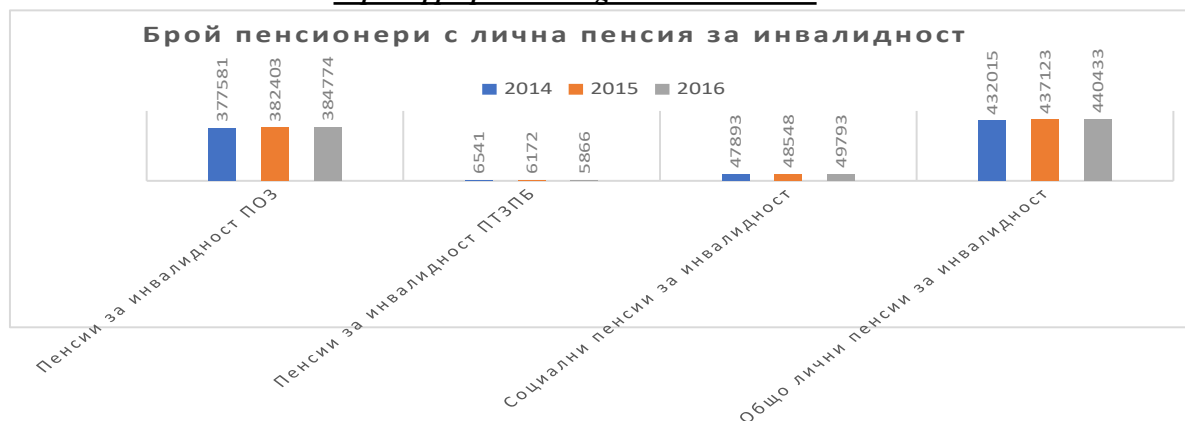
Поставени проблеми в жалбите и сигналите през I-то шестмесечие	2015	2016
Общо жалби и сигнали	386	338
Неудовлетвореност от качеството на оказаната медицинска помощ	58 %	29.3 %
Нарушени права на пациентите /затруднен достъп до медицинска помощ	8 %	44.8 %
Организационни нарушения	1 %	3.7 %
Нерегламентирани плащания	8 %	5.2 %
Морално-етични проблеми	9 %	5.4 %
Други	16 %	11.6 %

Широко обсъждани са също лицата, ползващи лична пенсия за инвалидност и законосъобразността на издадените от лекарите решения. През последните три години броят на пенсионерите, с водеща пенсия за инвалидност, се задържа на относително еднакво равнище, затова анализът изисква да се потърсят причините, извън

информационния поток за фалшивите експертни решения, издавани от лекарите от ТЕЛК/НЕЛК.

Динамична справка, генерирана в официалния сайт на НОИ в 10:21 на 17-10-2017.

<https://appreports.nssi.bg/elserviceStatData/>



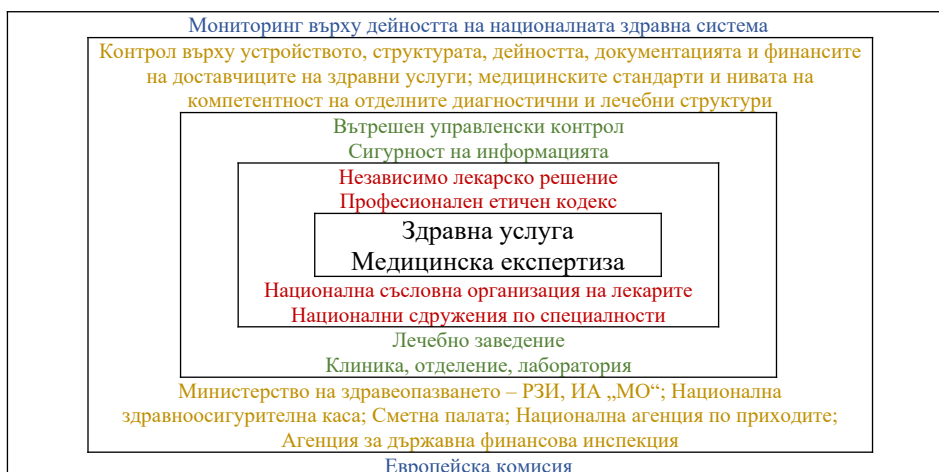
Обвиненията към лекарите, че са издавали експертни решения за неинвалидизиращи заболявания бяха опровергани, защото действащата до 2017 г. Наредба за медицинската експертиза даваше възможност да се сумира степента на неработоспособност. - Пенсия за инвалидност поради общо заболяване се отпускаше и когато степента на инвалидност е под 50 на сто, при положение че лицето има и друг вид инвалидност вследствие трудова злополука и професионална болест, гражданска или военна инвалидност, но тя също е под 50 на сто. При сумиране на степента на неработоспособност лицето придобиваше право на пенсия за инвалидност за общо заболяване съобразно крайния процент, ако надвишава 50 на сто. За съжаление това опровержение не намери широко медийно отразяване, за разлика от фалшивата новина за „много фалшиви телкове“.

Заявените намерения за промени в експертизата на работоспособността и направеното в тази връзка предложение за разделяне на медицинската експертиза от експертизата на работоспособността, с орган на управление Националния осигурителен институт, препраща към минали времена и събития, когато системата на фондовите лекари е ограничила злоупотребите със средствата на фонд „Обществени осигуровки“. През 30-те години на миналия век обаче работата като държавен служител на фонда е осигурявала по-висока материална сигурност, възможности за професионално развитие и обществен авторитет на лекарите. (Д-р Г. Шаров, 1938, с. 75) За разлика от сегашните условия, при които работата в административни структури ограничава професионалното развитие и квалификацията на лекарите и ги лишава от правото им да вземат решение без външно въздействие, защото изпълнението на държавната служба предполага ограничения в интерес на институцията.

За гарантиране правата на осигурените граждани решението по-скоро трябва да се търси в посока освидетелстване в извънболничната и болничната помощ, като осигурителният институт заплаща за тази дейност на съответните лечебни заведения. Това ще даде възможност за допълнителен доход на лекарите, които разширяват своята квалификация в областта на освидетелстването и социалното законодателство.

Контролът безспорно е необходим, но механизмът трябва да се развие с правното регламентиране на самоконтрола на лекарската професия и саморегулацията на медицинската дейност, за да може професионалното поведение и действия да се оценяват и коригират вътре в съсловието, а не да стават обект на емоционално и пристрастно говорене.

Решетка – мониторинг и контрол в здравеопазването



4. Правото на независимост и задължението за саморегулация на лекарските дейности. Изводи.

Разнообразието на заболяванията и случайността при избора на лекар и лечебно заведение от страна на пациентите, поражда необходимостта от създаване на подходящи материални условия и постоянна професионална квалификация. Именно случайността е в основата на свободата лекарят да преценява конкретните нужди на пациента и да предписва лекарства или каквото и да е друго лечение, считано за подходящо съгласно съвременните медицински стандарти, поради което компетентни да оценяват качеството и да извършват контрол върху лекарските дейности имат само лекари, притежаващи същата свобода и квалификация.

Тази специфика на лекарската професия е причината в системите на здравеопазване, освен другите форми на контрол, да се регламентира самоконтролът на съсловието върху образованието, квалификацията и върху субективния елемент в дейността на лекаря – етичното поведение, мнението за индивидуалните нужди на неговия пациент и решението за необходимото лечение. Поради нарасналите потребности, специализацията в медицината, големият брой практикуващи лекари, както и съвременната тенденция за разширяване на териториалния и времеви достъп до медицинска помощ, държавата не е в състояние да упражнява оперативен контрол върху професионалната квалификация и дейност на всеки отделен лекар и държавните правомощия се прехвърлят на независими национални съсловни организации на лекарите (корпорация/и на публичното право). Те се определят като регулаторен орган по отношение на експертните познания на лекарите по въпросите на общественото здраве и благоденствието на населението.

Саморегулацията на лекарската професия, като последица от правото на професионална автономия на лекарите, трябва да се осъществява в рамките на

националната система за контрол в здравеопазването, а съсловната организация да поеме отговорността за поведението и дейността на лекарите. В противен случай, постоянното въвеждане на нови механизми и форми на контрол върху дейността на лечебните заведения и на лекарите, без да се извършва реформа, може да доведе до противоположния резултат – влошаване качеството на здравната услуга и експертиза, поради нарушено право на лекаря да лекува и да взема решения без външно въздействие.

В Декларацията от Мадрид на Световната медицинска асоциация се казва, че познаването на размера на разходите е съществен елемент от саморегулацията, а лекарите са специално подготвени да оценят мерките, които се предприемат за ограничаването им. Тези мерки се отнасят до преценката на необходимите и достатъчни изследвания, манипулации и лекарства; преценката за възможностите да се избегне операцията и хоспитализацията, като пациентът получи необходимото лечение в извънболничната помощ, където разходите са значително по-малко; преценката за оптималната продължителност на болничния престой, и др. Всички тези медицински дейности могат да бъдат извършени професионално, без да се нарушава закона, медицинските стандарти и добрата медицинска практика, т.е. контролът да ги отчете като правилни, но в същото време да са за сметка на необосновано високи разходи. При медицинската експертиза нещата стоят почти по същия начин, с тази разлика, че върху лекарското заключение влияние оказват и някои структурни проблеми – поради липсата на лечебни заведения за продължаващо лечение лекарят може да прецени, че на пациента са му необходими повече дни домашно лечение, а поради липса на подходящи работни места за хора с увреждания на пазара на труда преценката може да бъде, че нетрудоспособността е по-висока, за да се гарантира неговото нормално съществуване.

Затова политиката за оптимизиране на разходите за здравеопазване, социални обезщетения и подпомагане трябва да бъде насочена към мотивиране на лекарите при вземане на решение чрез създаване на благоприятни условия за работа, специализация, непрекъснато обучение и подобряване на техните доходи. Оценката за ефективно-неефективно и ефикасно-неефикасно решение, от медицинска гледна точка, може да се прилага само от оправомощени структури на лекарска камара. За разлика от контрола на изпълнителната власт и финансиращите органи, при който се отчитат медицинската грешка, нанесената вреда на пациента и финансовата злоупотреба.

5. Заключение

Правният вакуум и липсата на правила за лекарска саморегулация и самоуправление осветяват само грешните лекарски решения, които публично се интерпретират в ущърб на лекарския професионализъм и авторитет. Независимо от другите форми на контрол, прилагани към всеки отделен лекар, самата лекарска професия трябва да бъде отговорна за контрола върху професионалното развитие, поведение и дейност на лекарите. (Сборник, 1994, с. 42)

Създаването на професионална лекарска камара обаче изисква активността на лекарското съсловие, за да може промяната да се осъществи приоритетно в общата рамка на очакваната реформа в здравеопазването и медицинската експертиза в социалната сфера.

Преди години, когато беше повдигнат този въпрос, имаше отпор, както от самите лекари срещу евентуален „академичен“ диктат, така също и от съсловната организация

срещу създаването на лекарска камара, извън структурата на лекарския съюз. След затихване на дебата Българският лекарски съюз, в рамките на правомощията си, направи съществени стъпки в посока лекарска саморегулация: създаден е Акредитационен съвет към БЛС със статут на висш независим орган в системата на продължаващото медицинско образование; Национални експертни специализирани лекарски бордове по специалности; правила за добра медицинска практика по отделните специалности, усъвършенства се регистъра на практикуващите лекари. Следващата стъпка е законодателна инициатива за институционализирането на лекарска камара, с произтичащите от това правомощия на съсловната организация.

Цитирани източници:

Закон за здравето, обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г.; в сила от 01.01.2005 г., последно изм., бр. 103 от 27.12.2016 г.

(Zakon za zdraveto, obn., DV, br. 70 ot 10.08.2004 g.; v sila ot 01.01.2005 g., posledno izm., br. 103 ot 27.12.2016 g.)

Закон за признаване на професионални квалификации, обн., ДВ, бр. 13 от 08.02.2008 г., в сила от 08.02.2008 г., последно изм., бр. 59 от 29.07.2016 г., в сила от 01.08.2016 г.

(Zakon za priznavane na profesionalni kvalifikatsii, obn., DV, br. 13 ot 08.02.2008 g., v sila ot 08.02.2008 g., posledno izm., br. 59 ot 29.07.2016 g., v sila ot 01.08.2016 g.)

Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина (Загл. изм. - ДВ, бр. 76 от 2005 г., в сила от 01.01.2007 г.), обн., ДВ, бр. 83 от 21.07.1998 г., последно изм., бр. 39 от 20.05.2011 г.

(Zakon za saslovnite organizatsii na lekarite i na lekarite po dentalna meditsina (Zagl. izm. - DV, br. 76 ot 2005 g., v sila ot 01.01.2007 g.), obn., DV, br. 83 ot 21.07.1998 g., posledno izm., br. 39 ot 20.05.2011 g.)

<http://www.eama.bg/index.php/bg/deinost-na-agentziyata> ИА „МО“. Дейност на агенцията. Последно влизане на: 19-10-2017.

(<http://www.eama.bg/index.php/bg/deinost-na-agentziyata> IA „МО“. Deynost na agentsiyata. Posledno vlizane na: 19-10-2017)

<http://medicalnews.bg/blog/2017/06/01/> Интервю. Акад. проф. д-р Иван Миланов, дмн: Правилното лечение на множествената склероза изисква редовно проследяване на всеки индивидуален пациент.

(<http://medicalnews.bg/blog/2017/06/01/> Intervyu. Akad. prof. d-r Ivan Milanov, dmn: Pravilnoto lechenie na mnozhestvenata skleroza iziskva redovno prosledyavane na vseki individualen patsient.)

Кодекс за професионална етика на лекарите в България (Загл. изм. - ДВ, бр. 85 от 2013 г.), обн., ДВ, бр. 79 от 29.09.2000 г.; изм. и доп., бр. 85 от 28.09.2013 г.; чл. 12, предл. 2. (Kodeks za profesionalna etika na lekarite v Bulgariya (Zagl. izm. - DV, br. 85 ot 2013 g.), obn., DV, br. 79 ot 29.09.2000 g.; izm. i dop., br. 85 ot 28.09.2013 g.; chl. 12, predl. 2.)

Лик, Е., 1928. Лекарят и неговото призвание. София, Печатница „Художник“, с. 40.

(Lik, E. 1928. Lekaryat i negovoto prizvanie. Sofiya, Pechatnitsa „Hudozhnik“, s. 40.)

Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 27.01.2015 г.; изм. и доп., бр. 83 от 27.10.2015 г.; последно доп., бр. 88 от 08.11.2016 г.

(Naredba № 1 ot 22.01.2015 g. za pridobivane na spetsialnost v sistemata na zdraveopazvaneto, obn., DV, br. 7 ot 27.01.2015 g.; izm. i dop., br. 83 ot 27.10.2015 g.; posledno dop., br. 88 ot 08.11.2016 g.)

Наредба № 49 от 18.10.2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и

домовете за медико-социални грижи, обн., ДВ, бр. 83 от 22.10.2010 г., последно изм., бр. 103 от 27.12.2016 г.

(Naredba № 49 от 18.10.2010 г. за osnovnite iziskvaniya, na koito tryabva da otgovaryat ustroystvoto, deynostta i vatreshniyat red na lechebnite zavedeniya za bolnichna pomosht i domovete za mediko-sotsialni grizhi, obn., DV, br. 83 от 22.10.2010 г., последно изм., бр. 103 от 27.12.2016 г.)

Наредба за медицинската експертиза, приета с ПМС № 120 от 23.06.2017 г., обн., ДВ, бр. 51 от 27.06.2017 г., в сила от 27.06.2017 г.

(Naredba za meditsinskata ekspertiza, prieta s PMS № 120 от 23.06.2017 г., обн., DV, br. 51 от 27.06.2017 г., v sila от 27.06.2017 г.)

<https://www.nhif.bg/page/hospitals> НЗОК. Информация за ЛЗ за БМП. Последно влизане на: 19-10-2017.

(<https://www.nhif.bg/page/hospitals> NZOK. Informatsiya za LZ za BMP. Posledno vlizane na: 19-10-2017)

<http://www.nssi.bg/aboutbg/st/statistic/155-ozm> НОИ. Статистика и анализи. Последно влизане на: 19-10-2017.

(<http://www.nssi.bg/aboutbg/st/statistic/155-ozm> NOI. Statistika i analizi. Posledno vlizane na: 19-10-2017)

Пентълтън, Т. Шофийлд, П. Тейт, П. Хевъллок. 1998. Медицинският преглед – как да го изучаваме и преподаваме. София, Фондация „Невронауки и поведение“, с. 24.

(Pentaltan, T. Shofiylid, P. Teyt, P. Hevalok. 1998. Meditsinskiyat pregled – kak da go izuchavame i prepodavame, Sofiya, Fondatsiya „Nevronauki i povedenie“, s. 24.)

Сборник, 1994. Лекарят, пациентът, обществото. Правата на човека и професионалната отговорност на лекаря в инструменти на международни организации, София, Фондация „Невронауки и поведение“, с. 41 - 44.

(Sbornik, 1994. Lekaryat, patsientat, obshtestvoto. Pravata na choveka i profesionalnata otgovornost na lekarya v instrumenti na mezhdunarodni organizatsii, Sofiya, Fondatsiya „Nevronauki i povedenie“, s. 41 - 44.)

Д-р Г. Шаров, 1938. Лекарят в закрилата на труда и общественото осигуряване. София, Печатница „Гладстон“, с. 75.

(D-r G. Sharov, 1938. Lekaryat v zakrilata na truda i obshtestvenoto osiguryavane. Sofiya, Pechatnitsa „Gladston“, s. 75.)

Стр. 157

Samoregulatsia na lekarskata kompetentnost vav vrazka s vazdeystviето na meditsinskata ekspertiza varhu sotsialnoto i zdravnoto osiguryavane

Snezhana Kondeva

143

Self-regulation of medical competence in relation to the impact of medical expertise on social and health insurance

Snezhana Kondeva

143

The autonomous physician's decision is an essential element of the activities of the insurance funds. The approach for elimination of its negative impact on labour market, social and health insurance should include the effective reconciliation of institutional and specialized control over medical expertise, physician self-regulation and the establishment of conditions for professional development and higher income of physician expert.

Key words: medical competence, medical expertise, insurance funds.

JEL: H55, I13.

ПРОБЛЕМЪТ С НЕПРЕКЪСНАТОТО РАБОТНО ВРЕМЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ДЕЖУРСТВАТА НА ЛЕКАРИТЕ СПЕЦИАЛИЗАНТИ²⁷

СНЕЖАНА КОНДЕВА, докторант и хоноруван преподавател в СУ „Св. Климент
Охридски” – Стопански факултет
e-mil: snkondeva@abv.bg

Snezhana Kondeva. THE PROBLEM WITH CONTINUOUS WORKING TIME IN THE HEALTHCARE SECTOR AND THE DUTY SHIFTS OF RESIDENT PHYSICIANS

In order to initiate a public discussion on the issue related to the problems with the work potential in the healthcare sector, in the beginning of 2014 the Bulgarian Medical Association presented data on the number of medical graduates and medical specialists, who have left and intend to leave the country. Some of the reasons for the professional immigration of physicians are the unattractive conditions of work, more specifically those related to resident physicians working without an employment contract and to the dynamic work schedule of the medical specialists. The aim of the article is to indicate the problems related to the continuous working time in the healthcare sector, as well as the opportunity physicians' overload to be reduced by lawful use of the resident physicians as a work force.

Key words: working time in healthcare sector, resident physicians, professional immigration of physicians

Увод

Изнесените данни от БЛС, че от 2008 г. досега в чужбина са заминали над 2 600 български лекари, [1] целят да привлекат вниманието на отговорните институции в държавата и да инициират обществена дискусия по темата за проблемите с работния потенциал в здравеопазването.

В представеното изследване като мотив за професионална емиграция лекарите посочват трудният достъп до специализация, работата без трудово правоотношение на специализантите, неблагоприятните условия за работа и ограничените възможности за професионална реализация. В чужбина те търсят по-добри условия за специализация, по-високи доходи, по-добри условия на труд и по-висок стандарт на живот.

Неблагоприятните условия се свързват с натоварения график за работа на лекарите, който в комбинация с ниското заплащане демотивира както специалистите, така и специализантите да работят и специализират в страната. Не трябва да ни успокоява фактът, че общ проблем в здравните системи на държавите-членки при организацията на работата е нарушаването на максималната продължителност на работното време, задължителните дневни и седмични периоди за почивка и свръх часовете извънреден труд.

²⁷ За цитиране: Кондева, Сн., „Проблемът с непрекъснатото работно време в здравеопазването и дежурствата на лекарите специализанти“, Докторантска академия по стопански и управленски науки /ДАСУН/, Сборник с докторантски трудове, Втора част, 2014, стр. 164.

Решаването на проблема с работното време, времето на разположение и компенсационната почивка на здравните специалисти се затруднява от наложените критерии за качество на здравната услуга – изискванията за повсеместно здравно обслужване и съкращаване на времето за достъп до медицинска помощ, или предоставяне на здравна услуга навсякъде и по всяко време.

Целта на статията е да се посочат проблемите, свързани с непрекъснатото работно време в здравеопазването, както и възможността свръхнатоварването на лекарите да бъде намалено чрез законосъобразно използване на работната сила на специалистите в лечебно заведение за болнична помощ. Не са обект на изследване проблемите с работното време на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, както и на друг персонал, пряко ангажиран със стационарното обслужване на пациентите.

2. Детерминиращи фактори при организацията и управлението на работното време в здравния сектор

Определението за работно време в директивата от 2003 г. [2] е следното: „работно време” означава всеки период, през който работникът работи на разположение на работодателя и изпълнява своята дейност или задължения, в съответствие с националното законодателство и/или практика”, т.е. времето, през което медицинските специалисти отдават своята работна сила, а работодателят я използва за целите на ефективното осъществяване на диагностично-лечебния процес и подобряване на здравните резултати. Работното време, като мярка за труд, влияе върху разходите за персонал и е основна единица при определяне себестойността на здравната услуга. Затова е възможно усилията на работодателите за намаляване на разходите да доведат до прекомерно използване труда на по-малък брой персонал. В сектор здравеопазване съществуват и други причини за свръхнатовареността – непрекъснатото предоставяне на медицинска помощ и липсата на лекари специалисти в определени медицински специалности и райони на страната.

Детерминантите при организацията и управлението на работното време на лекарите в лечебните заведения за болнична помощ могат да бъдат групирани основно като **общи фактори** (отнасящи се до нормите на трудовото право), **специални фактори** (отнасящи се до изискванията на диагностично-лечебния алгоритъм и правилата за добра медицинска практика) и **социални фактори** (отнасящи се до осигуряването на достъпна, своевременна, качествена и достатъчна медицинската помощ).

2.1. Трудовото законодателство [3] определя максимална *продължителност на работното време*, която за 5-дневна работна седмица е 40 часа, а за деня – 8 часа. Затова първото условие, с което трябва да се съобразят страните в трудовото правоотношение е да договорят работно време с по-малка или съпадаща със закона продължителност. Осемчасова нормална продължителност на работното време имат всички категории персонал, за които няма установено или договорено удължено, намалено или непълно работно време.

В много медицински специалности се извършва дейност при специфични условия и рискове, които не могат да бъдат избегнати, но намаляването на продължителността на работното време може да ограничи негативното им въздействие върху здравето на

работещите в тази среда. Установено е намалено работно време [4] за следните категории персонал и видове работи:

- Право на 6-часов работен ден имат лекарите, пряко заети в структурите, в които се прилагат изискванията на медицинските стандарти по обща и клинична патология и съдебна медицина.

- Право на 7-часов работен ден имат лекарите, които извършват работи в структурите (клиника/отделение/лаборатория) по медицинските специалности:

- психиатрия, детска психиатрия, нервни болести, медицинска онкология (*за работа с лица с психични разстройства, ментални увреждания, увреждания на централната нервна система, вродени малформации и онкологично болни*);

- биохимия, медицинска генетика, клинична имунология, клинична лаборатория, вирусология, микробиология, паразитология, трансфузионна хематология, хемодиализа, инфекциозни болести (*за работа с биологични агенти, обслужване на болни със заразни и паразитни болести, включително туберкулоза, както и с животни, експериментално заразени с биологични агенти*);

- специалности с преобладаваща хирургична насоченост – акушерство и гинекология, гръдна хирургия, детска хирургия, кардиохирургия, лицево-челюстна хирургия, неврохирургия, ортопедия и травматология, очни болести, пластично-възстановителна и естетична хирургия, съдова хирургия, урология, ушно-носно-гърлени болести, хирургия; анестезиология и интензивно лечение (*за лекари, които оперират и анестезиолозите, в дните, когато извършват операции*);

- спешна медицина (*за работа в центрове за спешна медицинска помощ и звената на лечебни заведения, които извършват спешна медицинска помощ*);

- физикална и рехабилитационна медицина (*за работа с медицински генератори за високочестотна терапия с мощност 200 W и парафин*);

- лъчелечение, нуклеарна медицина, радиобиология (*за работа в среда на йонизиращи лъчения*).

За придобиване право на намалено работно време е необходимо лекарите да работят в изброените в наредбата специфични условия не по-малко от половината от установената с Кодекса на труда нормална продължителност на работното време.

За персонала, работещ при специфични условия, нормалната продължителност на работното време е 6 и 7 часа и ползва всички права по трудовото правоотношение, като работещите на 8-часов работен ден, включително право на трудово възнаграждение, основен и допълнителен отпуск и трудов стаж, които не се намаляват при намаляването на работното време. Отработеното време ще бъде редовно (ако е равно на нормалната продължителност на работното време и на установеното между страните) и извънредно (ако е над нормата работно време).

Обект на регламентация е и нормалната продължителност на работното време през нощта – за работната седмица тя е до 35 часа, а през нощта – до 7 часа. В общия случай нощен е трудът, полаган в часовете между 22.00 ч. и 06.00 ч., като работодателят е длъжен да осигури на работещите през нощта храна, ободряващи напитки и други облекчаващи условия (стая за почивка на дежурния медицински персонал).

Въз основа на специалната закрила на труда за някои категории работници и служители работодателите не могат да възлагат изпълнение на трудовите задължения

през нощта на лекари, които са: бременни или в напреднал етап на лечение ин-витро, майки с деца до 6-годишна възраст или майки, които се грижат за деца с увреждания независимо от възрастта им и трудоустроени. Майките могат да работят през нощта само с тяхно писмено съгласие, а за трудоустроените лекари, освен тяхното съгласие е необходимо и заключение на здравните органи, че работата през нощта няма да се отрази неблагоприятно на тяхното здраве. В Кодекса на труда със забрана да полагат нощен труд са още работници и служители, които не са навършили 18-годишна възраст и тези, които продължават образованието си без откъсване от производството, но те не се включват в кръга на лицата, които могат да упражняват лекарска професия.

Извънреден труд за лекаря е работата, която той е извършил по разпореждане или със знанието и без противопоставянето на работодателя или неговия началник в извън установеното за него работно време.

По принцип извънредният труд е забранен, но в случаите, при които по изключение се допуска, попада оказването на медицинска помощ, като установената в кодекса максимална продължителност на извънредния труд до 150 часа през една календарна година не се отнася за стационарните лечебни заведения и оказването на спешна медицинска помощ. В индивидуалните трудови правоотношения обаче работодателят не може да допуска полагането на извънреден труд от същите лицата, за които е забранен нощния труд, освен с тяхно писмено съгласие и разрешение от страна на компетентния здравен орган.

Задължение на работодателите е да осигурят периоди от време за почивки, през които лекарите не изпълняват работа по трудовото си правоотношение, като социалното предназначение на почивките е да бъде възстановена работната им сила.

В правилника за вътрешния трудов ред работодателите определят физиологичния режим на труд и почивка, който да поддържа работоспособността и ефективността на труда на високо ниво при запазено здраве на работещите. Правилната организация на труда и физиологичният режим на труд и почивка трябва да осигуряват оптимално редуване на периодите на работа и почивка в зависимост от натоварването на организма, предизвикано от характера на трудовата дейност и условията на работната среда.

През работния ден задължителната почивка за хранене не може да бъде по-кратка от 30 минути и не се включва в работното време. За непрекъсвания лечебно-диагностичен процес и дежурствата на лекарите обаче работодателите са длъжни да осигурят време за хранене, което се включва в работното време. Лекарите трябва да ползват достатъчни почивки по време на работа, които се включват в работното време, за да се гарантира, че вследствие на умора няма да допуснат лекарска грешка и да причинят наранявания на себе си (убождане, порязване с остър инструментариум, подхлъзване и др.).

Междудневната почивка обхваща времето от края на предходния до началото на следващия работен ден. Продължителността ѝ зависи от разпределението на работното време по конкретното трудово правоотношение, но трябва да бъде спазено изискването за непрекъсната минимална продължителност 12 часа, включително и за работа при повече от един работодател. Отговорността за спазване на изискването за минимална продължителност на междудневната почивка е на работодателя по трудовото правоотношение, което е възникнало последно.

Седмичната почивка също трябва да бъде непрекъсната и най-малко 48 часа, като единият от двата дни е поначало неделя. По отношение на седмичната почивка законодателят допуска изключение за минимална продължителност 24 часа в случаите, когато се прилага сумирано изчисляване на работното време и има непрекъсваем процес на работа.

С междудневната и седмичната почивка трябва да се предостави възможност за по-продължително възстановяване на работоспособността, за удовлетворяване на потребности, които не са свързани с трудовия процес.

Годишният отпуск в здравеопазването включва освен основния и допълнителен платен годишен отпуск за работа при специфични условия. За почти всички категории медицински персонал общият размер на годишния отпуск е над 30 дни, а в повечето университетски болници лекарите преподаватели имат удължен платен годишен отпуск от 48 дни.

2.2. Медицинските стандарти допълват трудовоправните норми за работното време, конкретизират изискванията към професионалната дейност на медицинските специалисти през денонощието и изпълнение от тяхна страна на задължения по дежурство.

Със социализацията на лекарската професия и стандартизирането на медицинския екип в модерната медицинска практика е въведено *дежурството*, като специфичен начин за организация на лечебната дейност и изпълнение на критериите за качество - постоянно наблюдение на стационарните пациенти и достъп по всяко време на денонощието до медицинска помощ.

В здравеопазването дежурствата са два вида: първият вид е дежурство на работното място, когато лекарят може да започне да изпълнява служебните си задължения веднага, и второто дежурство е времето, през което лекарят се намира извън територията на лечебното заведение, но е на разположение на работодателя и има готовност да се яви на работното си място за изпълнение на служебните си задължения. [5] Дежурството на разположение не се включва в работното време на лекарите, но се заплаща компенсация.

Дежурство на работното място е задължително за всички клинични специалности, а за обезпечаване дейността на клиниките и отделенията, в които по всяко време на денонощието се извършва спешна медицинска помощ, е необходимо 24-часово дежурство на работното място и за медицинските специалисти в параклиничните звена по образна диагностика, клинична лаборатория и трансфузионна хематология. С дежурство при подневно или сумирано отчитане на работното време не може да се нарушават изискванията на Кодекса на труда относно междудневната и междуседмичната почивка.

Лекарят със специалност в терапевтична клиника/отделение осигурява медицинското обслужване *по време на смяна*:

- оформя за всеки конкретен болен диагностично-лечебен план, съобразен с правилата за добра клинична практика;
- приема болни за стационарно лечение, планува и изпълнява дейностите, предвидени в клиничната пътека и оформя необходимите документи за нейното приключване;

- назначава провеждането на запланиваните лабораторни и инструментални изследвания и следи за тяхното своевременно изпълнение;
- преценява динамично достатъчността на изследванията и при необходимост назначава допълнителни такива;
- извършва прегледи на пациенти със специализирана медицинска апаратура, когато прецени че това е необходимо за правилната диагностика и лечение;
- назначава терапия съобразно състоянието при постъпване на пациента;
- проследява всекидневно състоянието на болния и отразява промените в медицинската документация;
- прави необходимите корекции в лечението при необходимост и по спешност, в зависимост от състоянието и съобразно информацията, получена от проведените изследвания;
- оформя изписването на необходимото количество и вид медикаменти в съответната документация;
- при необходимост изисква консултации с други специалисти;
- участва във визитации;
- назначава и извършва контролни прегледи;
- осигурява правилно предаване на информация на колегите по време на смяна на дежурство, а при необходимост от непрекъснато следене на състоянието предава болния за активно наблюдение на дежурния лекар и/или назначава допълнителни изследвания по спешност;
- при изписване на болния лекуващият лекар подготвя епикриза с оформяне на окончателна диагноза, дава мнение за продължаване на лечението и прави оценка на трудоспособността.

Лекарят по време на дежурство:

- следи състоянието на всички болни в клиниката/отделението, особено на проблемно болните и посочените такива за наблюдение в рапортния журнал на клиниката/отделението;
- при поискване изпълнява първична консултативна дейност;
- при необходимост търси съдействие от по-опитен лекар-специалист или консултант/екип на разположение;
- при усложнение след проведена инвазивна манипулация задължително информира лекарят извършил манипулацията;
- при рязко настъпило влошаване на състоянието на болен, незабавно предприема спешни терапевтични и реанимационни мерки според съответните възможности, с които разполага до поемане на случая от специализиран реанимационен екип и/или транспортирането на болния от екип на бърза медицинска помощ до специализирана медицинска структура в най-близкото лечебно заведение.

Лекарят в клиниката/отделението, независимо от това дали работи редовна смяна или изпълнява дежурство, следи за стриктното изпълнение от медицинските сестри и санитарии на дадените назначения и распоредения.

Лекарите със специалност, която е предимно с хирургична насоченост, извършват планови и спешни операции по време на смяна, а спешните операции по време на дежурство могат да бъдат извършени от дежурен хирургичен екип или да се сформира

хирургичен екип от медицински специалисти на разположение.

Всички описани дейности лекарят изпълнява в екип, с ръководител началника на клиниката/отделението.

2.3. Социалният ефект, който трябва да бъде постигнат при ефективно управление на работното време на лекарите е подобряване на медицинското обслужване и здравословното състояние на населението.

Специфичният характер на медицинската дейност и непрекъснатият процес на работа в лечебните заведения за болнична помощ налагат въвеждането на сумирано изчисляване на работното време, като начин за отчитане на работното време за по-дълъг период от един месец, но не повече от шест месеца. Подневно изчисляване на работното време се прилага обикновено за началниците на структурни звена, административния и помощен персонал, както и за трудоустроените лекари, които по здравословни причини не могат да работят на смени и да полагат нощен труд.

Сумирано изчисляване на работното време се въвежда с акт на работодателя, а в трудовия договор или споразумението се договаря продължителността на работния ден. Този начин на изчисляване на работното време дава възможност максималният размер на една работна смяна да е до 12 часа, работната седмица – до 56 часа, а допустимият размер за работещите на намалено работно време – до 1 час над намаленото им работно време. Надрботените в повече от месечната норма часове, както и неотработените, могат да се включат за компенсация или изравняване в графика за следващия месец. В рамките на определения период, но не по-дълъг от шест месеца, работното време се изравнява на общата нормална продължителност на работното време за съответния период, ако то е било организирано на подневно отчитане.

В общия случай се работи на три смени – първа смяна – 6 часа, втора смяна – 6 часа и трета смяна (нощно дежурство) – 12 часа. В зависимост от наличния персонал и обема на работа, успоредно с лекарите, които работят първа и втора смяна може да се въвежда и 12-часово дневно дежурство. В спешните клиники/отделения се работи по т.нар. „пироговски график” – 12-часови дневни и нощни дежурства по схемата дневна-нощна-два дена почивка, но за покриването на такъв график са необходими най-малко пет лекари на пълно работно време в съответната клиника/отделение, за да може да се осигурят междудневните и седмичните почивки и ползването на отпуск.

За работещите при сумирано отчитане се изработва график на работното време (смени и дежурства) за всеки календарен месец и за всеки служител поотделно, не по-късно от 25-то число на месеца, предхождащ този, за който е съставен. Предварителното регламентиране и регулиране от страна на работодателя на такъв график гарантира по-голяма сигурност в осигуряването на непрекъснатия процес на работа и почивките на персонала.

Организацията на медицинската дейност трябва да осигурява условия за целесъобразно използване на работното време на лекарите. Затова работният им график включва работни смени по 6 часа, като останалата част от работното време се заделя за дневни и нощни дежурства. В случай, че заделените от работното време часове не достигат за организиране на всички дежурни смени, останалите могат да се заплащат като извънреден труд. При управлението на този процес се изисква преценка на

наличните кадри, на броя и характера на дежурствата с оглед ефективното използване на лекарския труд в трите смени, предимно в най-напрегнатите часове и дни.

Осигуряването на денонощен достъп до медицинска помощ се осигурява от общопрактикуващите лекари, съгласно наредбата за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. [6] Общопрактикуващият лекар трябва да осигурява денонощен достъп до медицинска помощ чрез:

- дежурен кабинет на практика за първична или специализирана извънболнична медицинска помощ, медицински център или диагностично-консултативен център;
- по договор с друго лечебно заведение, разкрило дежурен кабинет и
- индивидуално чрез 24-часово осигуряване на консултация по телефон, в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на самия лекар.

С тази наредба се цели да се намали натоварването на звената за бърза медицинска помощ и спешните отделения на болниците, но всъщност задълбочава проблема с работното време, почивките и отпуските на общопрактикуващите лекари, както и съмнителното качество на предлаганата здравна услуга.

3. Същност на задължението на лекарите да дават дежурство.

Определението в директивата от 2003 г. е, че „почивка” е всеки период, който не е работно време. Но в медицинската практика, не само у нас, съществува междинната категория „дежурство” (синоним на военния термин „наряд” – изпълнение на особени задължения при служба). Понеже няма легална дефиниция на термина, ще използвам значението на думата в тълковния речник, за да изясня същността на задължението на лекарите да дават дежурство: „Дежурство – задължение извън редовната служба и занятия, което се изпълнява последователно от различни членове на даден колектив.” *
Още по-кратко и по-ясно е преносното значение на думата – „в постоянна готовност е”.

Спешната медицинска помощ е типичния пример за организация на дейността изцяло на принципа на дежурствата, защото работодателят има задължението да осигури качествена здравна услуга, в повечето случаи животоспасяваща, във възможно най-кратко време след постъпването на пациента. При постъпване в спешно отделение на болница, след преглед и в зависимост от състоянието, на пациента се изписват медикаменти за лечение у дома или същият се приема за стационарно лечение. Пациент със заболяване, представляващо непосредствена или потенциална опасност за живота се приема в противошокова зала и след като бъдат стабилизирани жизнените му показатели се превежда в специализирана структура по кардиология, интензивно лечение, хирургия, ортопедия и травматология, неврология, неврохирургия, и др., или се извършва спешна операция. Тази дейност не подлежи на планиране, за да може в зависимост от обема ѝ да се създаде ефективна организация и да се осигурят постоянно необходимите ресурси, затова са чести недоволствата от пациенти за продължително чакане пред спешните кабинети в големите лечебни заведения.

По време на дежурството лекарят е на разположение на работодателя, но фактически труд не се полага през цялото време, а само когато постъпи спешен пациент,

** Андречин, Л. и колектив. „Български тълковен речник”, Трето издание, Изд. „Наука и изкуство”, София, 1973, стр. 150.

като е възможно в продължение на цялото дежурство на лекаря да няма нито един пациент и обратното в определен момент да има много чакащи за преглед. Работодателят е длъжен да предвиди постъпване едновременно на повече пациенти, включително пострадали при катастрофа, производствена авария и т.н., които трябва да получат адекватна медицинска помощ и затова освен дежурните лекари в спешното отделение и стационарните звена, които имат готовност да поемат най-тежките и неотложни случаи, има медицински специалисти на разположение. Когато бъдат повикани да се явят на работното си място, лекарите от медицинските екипи на разположение изпълняват своите трудови задължения по конкретния случай, след което отново напускат отделението. Дежурните лекари обаче остават на разположение на работодателя до предаването на дежурството.

В центровете за спешна медицинска помощ на по-големите градове се поддържат през цялото денонощие повече от един екип, защото е възможно в един и същи момент линейка да бъде изпратена в дома на пациент, на местопроизшествие или за транспортиране на пациент от едно лечебно заведение в друго. В случай на повикване, линейката с медицински екип се явява на мястото и поема медицинската помощ, след което обикновено пациентите се откарват в болница.

В неактивната част на дежурството лекарят може да почива или да се занимава с нещо, което не е свързано с работата му, но е длъжен да бъде на територията на центъра или болницата. Именно тази неактивна част на дежурството създава конфликта между интересите на работодателите и лекарите – лекарят може през по-голямата част от дежурството да не извършва никаква дейност, но работодателят е длъжен да му плати; лекарят е лишен от правото си свободно да организира начина си на живот в периода на дежурство, а работодателят е длъжен да му осигури условия, които благоприятстват запазване на неговото здраве и работоспособност. При ограничен брой лекари и зачитане на неактивната част на дежурството на работното място за работно време (т.е. след работа следва почивка), работодателят не може да изпълни едновременно две императивни разпоредби – да осигури непрекъснато предоставяне на медицинска помощ и спазване на изискванията за минималните периоди дневна, седмична и годишна почивка, а също така и регламентираната максималната седмична продължителност на работното време.

4. Правна уредба на дежурството.

Правната уредба на дежурствата на лекарите в държавите-членки няколкократно е била предмет на преюдициално запитване в Съда на Европейския съюз,^{*} в контекста на Директива 93/104/ЕО на Съвета от 23 ноември 1993 г., относно някои аспекти на управлението на работното време. В хронологичен ред Съдът се е произнесъл: по делото *Simar* с решение от 03 октомври 2000 г., [7] по делото *Jaeger* с решение от 09.09.2003 г. [8] и по делото *Voler* с определение от 11.01.2007 г. [9]

При запитване от страна на испанския съд, по делото *Simar* Съдът постановява, че „времето на разположение“, през което от лекарите се изисква да присъстват на работното място, трябва да се счита напълно за работно време по смисъла на

^{**} До 2009 г. наименованието е Съд на Европейските общности.

Директивата за работното време, както и че дежурствата, при които лекарят е задължен да бъде на разположение, но не е задължен да се намира на работното място, не следва да се считат за част от работното време, с изключение на периодите, през които той оказва медицинска помощ, вследствие на получено обаждане.

Искането за преюдициално заключение на препращащия германски съд по делото Jaeger се отнася за продължителността на седмичното работно време на медицинските специалисти в спешните центрове и удължаването на работното време над 48 часа седмично на основание предвидените условия в колективен трудов договор – понеже неактивната част не се зачита изцяло за работно време дежурството на повикване следва след нормалното работно време и продължава 16 часа през седмицата, 25 часа в събота и 22 ч. 45 минути в неделя. Съдът, освен потвърждението, че времето на разположение на работното място трябва да се счита изцяло за работно време, дава заключение, че нормативната уредба на държава-членка (Германия) противоречи на Директивата за работното време, защото без индивидуално съгласие, използвайки колективен трудов договор, тя позволява компенсиране само на тези периоди от дежурството на повикване,* през които работникът действително е извършвал професионална дейност.

В искането за преюдициално заключение на съд в Чешката република се посочва, че искът на г-н Vorel се основава на решението на Съда по делото Jaeger и се прави извода, че цялата продължителност на дадените от него болнични дежурства следва да се квалифицира като „работно време“, което означава, че неговия работодател би трябвало да му плати за тях по същия начин, както ако реално е положил труд, независимо че част от това време е преминало в чакане на действителна работа.

Съдът заключава, че не е пречка държава-членка да прилага правна уредба, според която може да има различно възнаграждение за периодите на дежурство, дадено на работното място, през които реално е положен труд и тези, през които не е извършена действителна работа, доколкото тази уредба осигурява пълната ефективност на правата, предоставени на работниците и служителите, с цел ефикасна защита на тяхното здраве и безопасност, т.е. може да има по-ниско заплащане за неактивната част, но трябва да бъде осигурена почивка след работа (дежурство на работното място) и седмичното работно време да не превишава максимално допустимите часове.

През 2008 г. Европейският парламент в Страсбург, след като отхвърли оспорваната нова директива за работното време в Европейския съюз, според която работната седмица трябваше да се увеличи на 65 часа, потвърди своята позиция, че

** В германското трудово право се разграничават дежурствата в зависимост от физическото присъствие на лекаря и условията на разположение: дежурство с постоянна готовност за работа („Arbeitsbereitschaft“), при което работникът е длъжен да бъде на разположение на своя работодател на работното място и освен това е длъжен постоянно да бъде в готовност да се намеси незабавно в случай на необходимост; дежурство на повикване („Bereitschaftsdienst“), при което работникът е длъжен да бъде на определено от работодателя място, вътре или извън неговата сграда, както и да бъде готов да започне работа по искане на същия работодател, но има право да си почива или занимава както желае, когато не се изисква ползване на неговите професионални услуги, и дежурство на разположение („Rufbereitschaft“), при което работникът не е длъжен да стои в очакване на определено от работодателя място, а е достатъчно да има връзка с него по всяко време, за да може при повикване в кратък срок да започне да изпълнява своите професионални задачи.(от т. 12 до т. 17 от решението на Съда по делото Jaeger)

цялото време на дежурство на място, определено от работодателя, включително и неактивните периоди, трябва да бъдат считани за част от работното време.

В нашето законодателство и преди това гласуване на Европейския парламент, дежурствата на лекарите в лечебното заведение се включват в месечния график на работното им време, докато часовете на разположение, в които лекарят след повикване реално е изпълнявал трудовите си задължения на работното място, не са част от общо отработеното време през месеца, а се заплащат като извънреден труд по спешност. Това означава, че след извършена медицинска дейност по време на разположение, може да следва работно време без изискване за осигуряване на междудневна почивка. За дежурства през почивни и празнични дни, които са в месечната норма работно време или са извън графика, се заплаща допълнително възнаграждение и извънреден труд в увеличен размер съгласно Кодекса на труда или ако е по-благоприятно - договореното в колективен трудов договор или в индивидуално трудово правоотношение.

Исходна позиция за изясняване правната същност на **дежурствата на специализантите** е определението за работник, дадено в Рамковата директива за здравето и безопасността (Директива 89/391/ЕИО), приета през 1989 г.: „всяко лице, наето от работодател, включително обучаващите се и чираците с изключение на домашните помощници“. Пак там работодателят е определен като: „всяко физическо или юридическо лице, което е в трудови отношения с работник и носи отговорност за предприятието и/или ведомството“. В Съобщение за членовете на Европейския парламент Комисията по петиции [10] обръща внимание, че в директивата за работното време няма определение за „работник“ и такова конкретно препращане към рамковата директива, но отбелязва също, че според Съда на Европейския съюз то следва да бъде определено съобразно обективни критерии, които характеризират трудовото правоотношение с оглед на правата и задълженията на съответните лица. Основната характеристика на трудовото правоотношение обаче е обстоятелството, че през определен период от време лицето предоставя работна сила в полза на друго лице и под негово ръководство, срещу което получава възнаграждение. *

На това основание дежурство може да се възложи само на лице, което е в трудово правоотношение, съгласно вътрешните нормативни актове на работодателя.

В наредбата за придобиване на специалност в системата на здравеопазването [11] и в тристранните договори **** специализантите имат задължението да полагат дежурства в лечебното заведение, база за обучение, под ръководството на лекар с придобита специалност. Задължението е само в рамките на практическото обучение и се възлага от научния ръководител, а не от изпълнителния директор или управителя на базата за обучение, защото тристранният договор не е основание за възникване на трудово правоотношение. Лекарят специализант няма качеството на работник в институцията, в която се провежда практическото обучение и това е пречка

** Съдът се позовава чрез аналогия тук на своите коментари от 3 юли 1986 г. по дело 66/85, *Lawrie-Blum*, Recueil, стр. 2121, на точки 16 и 17, (относно член 39 ЕО), както и по дело C-138/02, *Collins*, Recueil, стр. I2703, точка 26).

**** При спечелен конкурс се сключва договор за обучение за придобиване на специалност между спечелилия конкурса, висшето училище и лечебното заведение, в което се провежда практическото обучение.

работодателят законосъобразно да му възлага дежурства. Възнаграждението, което специализантите получават не е трудово възнаграждение за отработено време, а помощ за обучение, която се осигурява от държавата за лицата, приети на места финансирани от държавата (държавна поръчка), и от университетската болница, за лицата, приети на места срещу заплащане (платено обучение). Възнаграждението е в размер от две до четири минимални месечни работни заплати за страната, в зависимост от медицинската специалност, по която се обучава специализанта.

На практика обаче, както специализантите, така и работодателите, са принудени да заобикалят законодателните разпоредби в интерес на самите обучаващи се, които се стремят да получат повече практически знания и умения, и в интерес на потенциалните пациенти, които имат право да получат медицинска помощ по всяко време на денонощието, включително в почивни и празнични дни.

4. Формулиране на проблемите с непрекъснатия работен график и дежурствата на специализантите

Проблемите с дежурствата при оказване на спешна медицинска помощ и за постоянно наблюдение и обслужване на пациентите в болниците, имат няколко аспекта:

Първият, е свързан с управлението на работните графици и гарантиране от страна на работодателя на здравословни и безопасни условия на труд на лекарите – оценка на риска на работното място и въвеждане на съответния физиологичен режим на труд и почивка, включително намалено работно време за лекарите, които работят при специфични условия на труд, осигуряване на междудневна, седмична и годишна почивка.

Вторият аспект касае съотношението между необходимия брой лекари за изпълнение на работния график, в който са спазени всички изисквания на трудовото право и медицинските стандарти свързани с работното време, почивките, отпуските и лечението на пациентите, и реалният брой лекари със специалност, с които работодателят е в трудово правоотношение.

Третият аспект в повечето случаи доминира и се отнася до икономическото измерение на непрекъснатото работно време на медицинските специалисти – високи разходи за извънреден труд, за допълнително възнаграждение за работа в почивни и празнични дни и по спешност, за нощен труд, за разположение и др.

Проблемът за специализантите във функциониращата система за придобиване на специалност е, че те са извън трудовия пазар и полагат труд без да са в трудово правоотношение с работодател в здравеопазването. При това няма пречка от правно естество за сключване на трудов договор, защото изискванията към специализиращия в директивата [12] и българския закон за признаване на професионални квалификации [13] са за лично участие в дейността на клиничната база (отдаване на работна сила) през цялата работна седмица и през цялата година (в рамките на определено от работодателя работно време), изпълнение на предвидените процедури (по определена от работодателя технология), и напълно отговарят на основните характеристики на трудовото правоотношение.

С въвеждането на здравното осигуряване у нас законодателят възприе, че само лекарите с придобита специалност могат да оказват медицинска помощ и услуги на

задължително здравно осигурените лица. Затова всеки един час от денонощието в болничния сектор трябва да бъде покрит от лекар специалист на територията на лечебното заведение. Презумпцията е, че на задължително здравноосигурените лица ще бъде гарантирано по-високо качество на предоставяната здравна услуга ако бъдат лекувани от лекари със специалност. В действителност обаче този императив, освен че лишава специализантите от защита по отношение на предоставяната от тях работна сила, ограничава работодателите при вземане на управленски решения относно организацията на работните графици и осигуряването на непрекъснат достъп до медицинска помощ, както и невъзможността да бъде осъществяван контрол върху дейността на специализантите. При тези обстоятелства натискът върху работното време на лекарите със специалност нараства и те са принудени да работят много повече часове, отколкото е допустимо и вероятността за лекарска грешка в следствие на преумора значително се увеличава.

Работодателите в здравеопазването трябва да имат право сами да разпределят наличните човешки ресурси и да възлагат дежурство и на лекари без специалност в периодите, когато не се изисква изпълнение на професионалните задължения от по-висока компетентност по медицински стандарт. От тази възможност работодателите ще могат да се възползват при условие, че:

първо, са в трудово правоотношение с лекари специализанти, преминали успешно колоквиум за полагане на самостоятелно дежурство, включващ усвояване на медицински дейности при наблюдение и/или оказване на спешна помощ на пациент, и

второ, са осигурили лекар специалист на разположение, който при необходимост и след повикване в кратък срок може да се яви на работното си място за изпълнение на медицинска дейност, която не е в компетентността на лекаря без специалност.

В общностното право няма изискване към доставчиците на здравни услуги при трансгранично здравно обслужване да осигуряват извършване на медицинска дейност и услуги само от лекари със специалност, а отговорността на всяка държава-членка да предоставя на гражданите на своята територия „безопасно, висококачествено, ефективно и достатъчно от гледна точка на количеството здравно обслужване” [14] може да се гарантира чрез оптимизиране на работните графици на медицинските специалисти.

5. Заключение

Една от стъпките за намаляване на миграционните нагласи и мотивиране на младите лекари да специализират у нас е промяна на разпоредбите по отношение на следдипломното обучение в здравеопазването, като времето на обучение за придобиване на специалност и работната сила на специализантите се използват ефективно в националната система на здравеопазване. С включването на специализиращите лекари в непрекъснатия работен график на лечебните заведения ще се намали натиска върху работното време на лекарите специалисти, а самите специализанти ще могат да планират периодите на работа, обучение и свободно време.

Литература

1. Quo vadis, Национално издание на БЛС, бр. 1 от 31.01.2014 г.
2. Директива на Европейския парламент и на Съвета 2003/88/ЕО от 04.11.2003 г. относно някои аспекти на организацията на работното време.
3. Кодекс на труда, Глава седма „Работно време и почивки”.
4. Наредба за определяне на видовете работи, за които се установява намалено работно време, Приета с ПМС № 67 от 12.12.2005 г., обн., ДВ, бр. 103 от 23.12.2005 г.
5. Наредба № 2 от 22.04.1994 г. за реда за установяване задължение за дежурство или за разположение на работодателя, обн. - ДВ, бр. 38 от 06.05.1994 г.
6. Наредба № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, обн. ДВ, бр. 112 от 23.12.2004 г., последно изм. и доп. ДВ, бр. 15 от 21.02.2014 г.
7. Решение на Съда на Европейския съюз от 3 октомври 2000 г. - Sindicato de Médicos de Asistencia Pública (Simar) срещу Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana.
8. Решение на Съда на Европейския съюз от 09.09.2003 г. - Landeshauptstadt Kiel срещу Norbert Jaeger. - Искане за преюдициално заключение: Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein - Германия. - Социална политика - Опазване на безопасността и здравето на работниците - Определения за „работно време” и „период на почивка” - Дежурство на повикване („Bereitschaftsdienst”) осигурявано от лекар в болница.
9. Определение на Съда на Европейския съюз от 11.01.2007 г. - Социална политика - Защита на безопасността и здравето на работниците - Понятие за работно време - Периоди на престой в рамките на дежурство, изпълнявано от лекар на работното му място - Квалифициране - Значение за възнаграждението на заинтересованото лице”.
10. Комисия по петиции, Съобщение за членовете на ЕП от 28.08.2013 г. относно: Петиция 0074/2010, внесена от г-н Жан Пирот, с белгийско гражданство, от името на FISP-IFOD (Fédération inter catégorielle des services publics), относно предполагаемо нарушение на Директива 2003/88/ЕО относно някои аспекти на организацията на работното време в Белгия.
11. Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 23.01.2007 г., последно изм., бр. 73 от 20.08.2013 г.
12. Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 07.09.2005 г. относно признаването на професионалните квалификации.
13. Закон за признаване на професионални квалификации, обн., ДВ, бр. 13 от 08.02.2008 г., в сила от 08.02.2008 г., последно изм., ДВ, бр. 9 от 28.01.2011 г.
14. Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 09.03.2011 г. за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване.

СЪЩНОСТ НА ТРИМЕСЕЧНОТО ДОПЪЛНИТЕЛНО ФИНАНСОВО ВЪЗНАГРАЖДЕНИЕ НА ПЕРСОНАЛА В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ – ТЪРГОВСКИ ДРУЖЕСТВА²⁸

²⁸ За цитиране: Кондева, Сн., „*Същност на тримесечното допълнително финансово възнаграждение на персонала в лечебните заведения за болнична помощ – търговски дружества*”, списание „Съвременно право”, бр. 6/2013 г., стр. 39 - 57

Снежана Кондева, юрист, зам.-директор на Университетска болница „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД

1. Въведение.

След преобразуването на лечебните заведения за болнична помощ в търговски дружества държавата продължи да упражнява властническата си функция по отношение начина на образуване на средствата за работна заплата и контролът върху тяхното нарастване. В първите години на преход към финансиране на болничната помощ от задължителното здравно осигуряване, основните трудови възнаграждения се изплащаха от субсидиран фонд „Работна заплата“, а работодателите в сектора бяха длъжни да начисляват и изплащат на служителите постоянни допълнителни възнаграждения, представляващи част от приходите им за изпълнени клинични пътеки. Разпоредбата беше въведена с цел да се повиши равнището на работните заплати, финансирани от държавния или общинските бюджети, като предпоставка за ефективно управление на здравното заведение. След като лечебната дейност и разходите за персонал започнаха да се финансират само от един източник - Националната здравноосигурителна каса по метода „случай по клинична пътека“, от 2006 г. гарантирани са само базовите средства за работна заплата. В тях се включват основните работни заплати на персонала, възнагражденията за професионален стаж и опит, възнагражденията за условия на труд и за осигуряването на непрекъснат режим за оказване на медицинска помощ. В зависимост от финансовите показатели на дружеството и от реалния принос на служителите за постигането на положителни резултати, в края на отчетното тримесечие допълнително могат да се начисляват средства за възнаграждения на персонала. Правото за плащане на тези средства възниква едва след края на отчетното тримесечие при определяне на финансовия резултат на дружеството и размерът на средствата за допълнително възнаграждение не може законосъобразно да се преразпредели за всеки месец от тримесечието поотделно. От това следва, че индивидуалното допълнително финансово възнаграждение е с непостоянен характер, защото не може да се прогнозира, планира и калкулира месечният/дневният му размер. От обвързването на допълнителното финансово възнаграждение с ефективността на дружеството и индивидуалния принос се определя неговата функция на основен фактор за създаване, задържане и развитие на човешкия потенциал в публичните лечебни заведения за болнична помощ.

Неизбежният субективизъм на работодателска преценка при определянето на допълнителното финансово възнаграждение, както и неразбиране на същността и функцията на това възнаграждение, често поражда трудови спорове между работодателя и служителя относно неговото не включване в брутното трудово възнаграждение при изчисляване на възнаграждението за ползван платен годишен отпуск и обезщетенията, изплащани при прекратяване на трудовото правоотношение. А

досега при съдебно решаване на такива спорове съдът* се е произнасял за характера на допълнителното финансово възнаграждение без да е обсъждал развитието на обществените отношения по повод образуването на средствата за работна заплата и отговорността на работодателите по договорите за възлагане на управлението на лечебните заведения – търговски дружества за болнична помощ, и в разрез с икономическите механизми на отчетност и контрол.

В настоящата статия представям аргументи в защита на тезата, че тримесечното допълнително финансово възнаграждение в лечебните заведения за болнична помощ – търговски дружества с над 50 на сто държавно или общинско участие в капитала е възнаграждение с непостоянен характер и не се включва в среднодневното брутно трудово възнаграждение, от което се изчисляват възнагражденията по чл. 177 от КТ.

2. Ретроспекция на правната уредба за достъп, условия за хоспитализация и регулиране на средствата за работна заплата в търговските дружества – лечебни заведения за болнична помощ.

Очакваният ефект за здравната система от преобразуването през 2000 г. на държавните и общинските болници в търговски дружества беше, чрез включването им в стопанския оборот, да се гарантира пазарна конкуренция и равнопоставеност на лечебните заведения независимо от тяхната собственост. А ефектът за персонала в тези болници трябваше да бъде по-висока мотивация за задържане на работното място и по-високо равнище на доходите, съответстващо на квалификацията и отговорността на техния труд. Оценката на тези процеси не е предмет на настоящото изложение, затова ще представя хронологията на промените в законодателството в преходния период от държавно финансирано здравеопазване към система на задължително здравно осигуряване, които имаха за цел постигане на желания резултат.

2000 година:

Достъп до болнична помощ

От началото на 2000 г. влезе в сила Наредба за достъпа на здравноосигурените лица до лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ, съгласно която задължително здравноосигуреното лице (ЗЗОЛ) можеше да избира лечебно заведение за болнична помощ, сключило договор с РЗОК и с месторазположение на *територията на областта*, в която е неговия здравен район. При условията и реда на задължителното здравното осигуряване пациентът можеше да бъде насочен към междуобластна или национална болница само когато необходимите за лечението му медицински дейности не можеха да бъдат осигурени от лечебно заведение за болнична помощ с месторазположение на територията на областта.

На практика обаче, до включването на болничната помощ в здравното осигуряване, продължи да действа разпоредбата на чл. 26, ал. 3 на Закона за народното здраве (отм.), която гласеше, че болничното лечение в публичните здравни заведения е безплатно и се осигурява на *териториален принцип* в здравния район на пациента.

Средства за работна заплата

** Решение № 493/18.06.2010 г. на ВКС, IV-то ГО; Решение № 174/01.06.2011 г. на ВКС, III-то ГО.

Трудовите възнаграждения на персонала и издръжката на лечебната дейност в държавните и общинските болници се осигуряваше от централния бюджет чрез бюджетите на съответното министерство или община. След преобразуването на лечебните заведения за болнична помощ в търговски дружества (през м. август – септември 2000 г.) начисляваните и изплащани от тях до този момент *бюджетни средства за работна заплата* попаднаха в регулация още през IV-то тримесечие. На основание § 13 от ЗР на Наредбата за образуване на средствата за работна заплата в търговските дружества с над 50 на сто държавно или общинско участие през 2000 г. министърът на здравеопазването издаде Наредба № 5 от 22.01.2001 г. за образуване на средствата за работна заплата в търговските дружества – лечебни заведения, с над 50 на сто държавно или общинско участие през 2000 г. В наредбата (инструкцията по ЗНА) бяха определени първоначалните тримесечни средства на лечебните заведения за болнична помощ – търговски дружества* като произведение на разчетената с бюджета средна брутна работна заплата и числеността на персонала към момента на преобразуване. Ако нямаха загуба и просрочени задължения болниците имаха възможност да начислят със стара дата увеличение на базовите средства за работна заплата с до 40 на сто от постъпилите през IV-то тримесечие на 2000 г. приходи от платени от пациентите медицински и други услуги.

Съгласно Закона за държавния бюджет на Република България (ЗДБРБ) за 2000 г. болниците, независимо от преобразуването, продължиха и през тази година да бъдат *финансирани изцяло от бюджетите на министерствата и общините*.

2001 година:

Достъп до болнична помощ

Във връзка с началната дата за включване на болничната помощ в здравноосигурителната система беше изменена наредбата за достъпа като от 1 юли 2001 г. лекарите и стоматолозите от извънболничната помощ трябваше да насочват с медицинско направление ЗЗОЛ към районната болница, в чийто териториален обхват попада здравният район на лицето и само при необходимост - към областна, междуобластна или национална болница. Със заповед № РД-09-459 от 20.06.2001 г. министърът на здравеопазването определи *териториален обхват на обслужваното население в лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите*, субсидирани от републиканския бюджет или от общинските бюджети, в които гражданите на Република България имаха право на безплатно ползване на медицинска помощ.

Обхват на здравната дейност, гарантирана от бюджета на НЗОК

От 01.07.2001 г. влезе в сила ново Приложение № 4 на Наредба № 28 от 12.11.1999 г. за определяне на минималния пакет медицинска помощ по чл. 45, ал. 1 от ЗЗО, съгласно което НЗОК финансираше лечението на пациенти със заболявания, включени в **30 клинични пътеки**.

Средства за работна заплата

** по-нататък в текста „болниците”.

За цялата година болниците получаваха субсидия от държавния бюджет чрез сключване на договори с Министерство на здравеопазването на база разчетна средна брутна работна заплата и численост на персонала.

През 2001 г. съгласно Наредба № 14 от 6.04.2001 г. (инструкция) на министъра на здравеопазването болниците образуваха средствата за работна заплата тримесечно, като разчетените по договора за субсидия средства за работна заплата можеха да се увеличават с до 40 на сто от постъпилите приходи от медицински и други услуги за съответното тримесечие, при условие че приключваха предходното тримесечие без загуба, положителен финансов резултат и без просрочени задължения.

Приходите от медицински и други услуги вече включваха и приходи, получени на базата на договори с НЗОК. Защото съгласно ЗДБРБ за 2001 г. *от 1 юли НЗОК започна частично да субсидира лечебните заведения за болнична помощ (§34).*

2002 година:

Достъп до болнична помощ

Наредбата за достъпа на здравноосигурените лица до лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ беше допълнена с разпоредбата, че лекарите и стоматолозите от лечебните заведения за извънболнична помощ могат да насочват с медицинско направление ЗЗОЛ и към всяко *лечебно заведение за болнична помощ с месторазположение на територията на областта*, в която е неговият настоящ адрес, ако заболяването на лицето е включено в списъка на заболяванията по клиничните пътеки. Ако болницата нямаше сключен договор, пациентът се насочваше към болница, сключила договор по тази клинична пътека.

Обхват на здравната дейност, гарантиран от бюджета на НЗОК

Съгласно НРД-2002 бюджетът на НЗОК гарантираше финансиране на лечението на пациенти със заболявания, разпределени в общо **40 клинични пътеки**.

Средства за работна заплата

Субсидираните през предходната година болници, продължиха да бъдат субсидирани от съответните бюджети въз основа на договор (§34 ЗДБРБ за 2002 г.).

Съгласно Инструкция № 1 от 11.03.2002 г. на министъра на здравеопазването през тази година болниците образуваха средствата за работна заплата тримесечно, като разчетената държавна или общинска субсидия се увеличаваше с 40 на сто от приходите по договори с НЗОК. *Увеличението на средствата за работна заплата от изпълнени клинични пътеки беше константна величина, защото не зависеше от финансовото състояние на лечебното заведение за болнична помощ – търговско дружество*. Освен това работодателите няхаха право по целесъобразност да начисляват по-малък размер от тези приходи.

С инструкцията се даваше възможност разчетните средства да се увеличат и с до 40 на сто от постъпилите собствени приходи, но по отношение на това увеличение се запази изискването болниците да нямат загуба, влошен финансов резултат и просрочени задължения, възникнали през 2002 г.

2003 година:

Достъп до болнична помощ

През 2003 г. нямаше промяна в условията за достъп на ЗЗОЛ до болнична помощ.

Обхват на здравната дейност, гарантиран от бюджета на НЗОК

Основният пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК през 2003 г. беше разширен, като съгласно Приложение № 4 на Наредба № 27 от 17.12.2002 г. здравната каса заплащаше за лечението на пациенти със заболявания, разпределени в **81 клинични пътеки**.

Средства за работна заплата

Условията и редът при образуване на средствата за работна заплата в болниците се запази по отношение на бюджетната субсидия и приходите от изпълнени клинични пътеки. Единственото допълнение с Инструкция № 2 от 21.03.2003 г. на министъра на здравеопазването беше, че в базовите средства за работна заплата се включваха и 30 на сто от приходите за високоспециализирана и специализирана извънболнична помощ, които болниците можеха да извършват ако на тяхна територия нямаше лечебно заведение за извънболнична помощ, сключило договор с НЗОК, което да предлага такива медицински услуги.

2004 година:

Достъп до болнична помощ

Лекарите и стоматолозите от лечебните заведения за извънболнична помощ можеха да насочват с направление за хоспитализация здравноосигуреното лице към избрано от него лечебно заведение за болнична помощ, сключило договор с РЗОК, вече *на територията на цялата страна*. Отменена беше и заповедта за райониране на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите, субсидирани по методика от републиканския бюджет или от общинските бюджети, за пациентите със заболявания извън включените по клинични пътеки.

Обхват на здравната дейност, гарантиран от бюджета на НЗОК

От 01.01.2004 г. основният пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК включваше **111 клиничните пътеки**, съгласно Приложение № 5 на Наредба № 29 от 12.12.2003 г.

Средства за работна заплата

С Инструкция № 1 от 05.04.2004 г. на министъра на здравеопазването бяха регламентирани нови условия, ред и начин на образуване на средствата за работна заплата през 2004 г. Базовите средства за работна заплата в болниците за първото тримесечие на годината станаха начислените средства за работна заплата от четвъртото тримесечие на 2003 г. и се увеличаваха с 0.8 на сто на всеки процент от общото увеличение на приходите. Нарастването не беше правна възможност, а *задължение на работодателите да отразят положителната динамиката на приходите (ако има такава) в размера на средствата за работна заплата в болниците*.

Новият момент в държавната регулация беше, че успоредно със запазването на максимално допустимите средства, определяни по реда на чл. 4, ал. 1 от инструкцията, в ал. 2 на същия член се въведе защитна клауза, гарантираща *долна граница и на базовите средства за работна заплата в търговските дружества за болнична помощ*. Правната норма гласеше, че в образуваните базови средства за работна заплата трябва да бъдат включени не по-малко от 40 на сто от размера на приходите, реализирани по договори с НЗОК за изпълнени клинични пътеки, високоспециализирана и специализирана извънболнична помощ, и собствените приходи от платени медицински услуги.

Съществената промяна в системата за регулиране на средствата за работна заплата беше направена, защото болниците от началото на 2004 г. вече нямаха разчетени бюджетни средства за работна заплата и *НЗОК пое изцяло финансирането на основната лечебна дейност на болниците*, като се разплащаше с тях съгласно НРД и сключените договори за изпълнени клинични пътеки (§42 от ЗДБРБ за 2004 г.).

2005 година:

Достъп до болнична помощ

През 2005 г. нямаше промяна в условията за достъп на ЗЗОЛ до болнична помощ.

Обхват на здравната дейност, гарантиран от бюджета на НЗОК

Приложение № 5 на Наредба № 40 от 24.11.2004 г., в сила от 01.01.2005 г. включваше в основния пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК **120 клинични пътеки**.

Средства за работна заплата

Инструкция № 1 от 13.04.2005 г. на министъра на здравеопазването определи като база начислените средства през четвъртото тримесечие на 2004 г., в които процентно беше отразено увеличението на приходите. С инструкцията се запазваше нарастването на средствата с норматив 0.80 на всеки процент от общото увеличение на приходите, но тази възможност отново беше обвързана с финансовото състояние на дружеството. Болници, които приключваха отчетното тримесечие със загуба, влошаваха финансовите си резултати и имаха просрочени задължения не можеха да увеличават средствата си за работна заплата, достигнати през предходното тримесечие.

2006 година:

Достъп до болнична помощ

През 2006 г. беше приета нова наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, която е действащата към днешна дата. С наредбата на ЗЗОЛ се гарантира правото да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Извън тези дейности българските граждани имат право на достъп до медицински услуги при условията и по реда на чл. 82 от Закона за здравето – спешна медицинска помощ, акушерска помощ за здравно неосигурените жени, стационарна психиатрична помощ, трансплантация и др.

Обхват на здравната дейност, гарантиран от бюджета на НЗОК

Приложение № 5 на Наредба № 40 от 2004 г., в сила от 01.01.2006 г. включваше **299 клинични пътеки**.

Средства за работна заплата

Режимът за регулиране на средствата за работна заплата в болниците беше либерализиран с Инструкция № 1 от 05.04.2006 г. на министъра на здравеопазването. В зависимост от това дали дружеството има положителен финансов резултат, намалява загубата и просрочените задължения бяха определени три различни норматива за увеличение на всеки процент от общото увеличение на приходите. Болниците, които приключваха отчетното тримесечие със загуба, влошаваха финансовите си резултати и имаха просрочени задължения не можеха да увеличават средствата си за работна заплата, достигнати през предходното тримесечие, независимо от това, че увеличават приходите си.

2007 година:

Обхват на здравната дейност, гарантиран от бюджета на НЗОК

Приложение № 5 на Наредба № 40 от 24.11.2004 г., в сила от 01.01.2007 г. включваше **298 клинични пътеки**.

Средства за работна заплата

Независимо, че заглавието на Инструкция № 1 от 24.10.2007 г. на министъра на здравеопазването е за образуването на средствата за работна заплата през 2007 г., същата не е отменена и не е издадена нова, затова продължава да се прилага по отношение на държавното регулиране в тази сфера.

Средствата за работна заплата се образуват при същите условия и ред, както през 2006 г.: тримесечно, с норматив 0.80, 0.70 и 0.60 на всеки процент от общото увеличение на приходите, без право да нарастват средствата за работна заплата при неблагоприятни финансови показатели.

В актовете на министъра на здравеопазването през годините и в действащата инструкция бяха регламентирани някои общи правила и условия при образуване на средствата за работна заплата в търговските дружества – лечебни заведения за болнична помощ. Те се отнасят за обхвата на болниците, които прилагат инструкциите и за възнагражденията и обезщетенията, които се изключват при образуването на средствата за работна заплата.

За да образуват средствата си за работна заплата в съответствие с финансово-икономическото си състояние, т.е. да не прилагат инструкцията, търговските дружества за болнична помощ, трябва кумулативно да отговарят на следните условия: да приключват с балансова печалба, да имат положителен финансов резултат за съответната година с натрупване *към края на съответното тримесечие* и да нямат просрочени задължения *към края на отчетното тримесечие*.

При прилагане на нормативните актове за контрол върху нарастването на средствата за работна заплата от начислените средства през предходното и отчетното тримесечие се изключват възнаграждения, които работодателят е длъжен да изплати, независимо от финансовото състояние на дружеството, а именно: обезщетения по чл. 220, 222, чл. 224, ал.1 и чл. 331 от КТ; извънреден труд; нощен труд; възнаграждения за отработени часове над редовното работно време при удължаване на работното време; възнаграждения за работа през официалните празници, и сумите, начислени от работодателя за първите три дни на временна неработоспособност.

За стимулиране нарастването на възнагражденията за изпълнение на основните трудови задължения при образуването на средствата за работна заплата се изключват: възнагражденията на лицата, изпратени на работа в чужбина; личните социални и здравни осигуровки, които не се облагат по ЗДДФЛ, и възнагражденията на наетите лица по граждански договори.

Възнагражденията, изплатени на членовете на съветите на директорите, на изпълнителните директори и търговските управители също се изключват от средствата за работна заплата на дружеството, като целта е да не се противопоставят интересите и отговорностите на управлението с интересите и задълженията на персонала. Затова определянето на възнагражденията по договорите за възлагане на управлението и контролът върху тяхното нарастване е предмет на друг нормативен акт – Наредба № 9 от

26.06.2000 г. за условията и реда за провеждане на конкурси за възлагане на управлението на лечебни заведения по Закона за лечебните заведения. Определянето на размера на възнагражденията на органите на управление въз основа на отчетната средна месечна брутна работна заплата е механизмът, по който тези възнаграждения се обвързват с ефективното управление и нарастването на работната заплата в дружеството.

3. Източник на финансиране издръжката на лечебната дейност и вложения труд по трудовото правоотношение в периода на преход към задължително здравно осигуряване.

От 1 юли 2001 г. поетапно започна да се въвежда новият начин на финансиране в болниците - за лечение на пациент по клинична пътека. Легалната дефиниция* определя „клиничната пътека” като задължителен пакет от медицински дейности и отговорности на медицинските специалисти, свързани с лечението на пациенти с определени заболявания. Принципът е, че в цената, която здравната каса заплаща за изпълнена клинична пътека, освен разходите за изследвания, манипулации, хирургични интервенции, лекарства и медицински консумативи се включват и разходите за труд на персонала. Първите договори на болниците бяха сключени за изпълнение на клинични пътеки, по които можеха да се лекуват ограничен брой пациенти. Поради ниският оборот на преминали пациенти по клинични пътеки, приходите по договорите с НЗОК не можеха да покрият разходите, необходими за ресурсното обезпечаване на цялостната медицинска дейност в болниците. Затова издръжката на лечебния процес на пациентите, приети по клинична пътека също беше за сметка на държавната субсидия. От приходите по клинични пътеки при добри финансови показатели можеха да се разпределят възнаграждения на персонала до 40 на сто от стойността на съответната клинична пътека, а с останалите да се разплащат задължения към доставчиците.

Лечебните заведения за болнична помощ обаче масово не можеха да се възползват от това право, поради лошото финансово състояние и на практика до края на 2001 г. доходите на персонала се задържаха на равнището на получаваните бюджетни работни заплати преди преобразуването. В тях се включваха основните работни заплати за отработено време, обезщетенията за ползване на платен годишен отпуск, допълнителните възнаграждения за професионален стаж, ношен труд, разположение, хирургичен труд, празнични дежурства, извънреден труд, спешен и реанимационен труд, т.е. това беше цената за труд, полаган за обезпечаването на непрекъсваемия лечебно-диагностичен процес през всеки един месец от годината.

При прехода от глобалните бюджети на болниците към финансиране на „случай по клинична пътека” беше ограничено правото на пациентите да избират болница извън здравния си район, като аргументите за това бяха няколко. Първият аргумент беше, че все още болниците продължаваха да получават субсидия от общинските бюджети и по отношение на тези средства трябваше да се осигурят здравни услуги само за жителите на съответната община, а субсидираните от държавния бюджет лечебни заведения да покриват здравното обслужване на областно и национално равнище. Вторият аргумент

* Наредба № 28/12.11.1999 г. за определяне на минималния пакет медицинска помощ по чл. 45, ал. 1 от ЗЗО, § 1(Нов – ДВ, бр. 46 от 2001 г., изм., бр. 20 от 2002 г.).

беше свързан с необходимостта от финансова стабилност на болниците и тяхното равномерно териториално разпределение, за да може при разширяване на обхвата на здравното осигуряване НЗОК да сключи договори с изпълнители на болнична помощ на територията на цялата страна. Третият аргумент се свързваше с необходимостта да се задържи персонала в държавните и общинските болници, чрез повишаване на доходите на квалифицираните специалисти, независимо от вида и региона на лечебното заведение, в което работят. Затова през 2002 и 2003 г., едновременно с увеличаването на пациентите, лекувани по клинична пътека, работодателите бяха длъжни да разпределят по вътрешни методики и критерии 40 на сто от приходите по договорите с НЗОК за допълнително възнаграждение на персонала, независимо от финансовото състояние на дружеството. През тези две години по закон допълнителното възнаграждение беше начислявано пропорционално на изработените през месеца клинични пътеки и изплащано едновременно с основното трудово възнаграждение, поради което имаше характера на постоянно трудово възнаграждение. Това е периода, през който се оформиха два вида пациенти: „пациенти по клинична пътека” и „пациенти по бюджет”, като към трудовите възнаграждения на персонала за лечението на „пациенти по бюджет” се добавяха до 40 на сто от получените приходи за лечението на „пациенти по клинична пътека”.

През следващата година се увеличи броят на клиничните пътеки и това доведе до съществена промяна в здравното осигуряване и дейността на изпълнителите на болнична помощ. От 1.01.2004 г. правото на избор на лечебно заведение стана валидно за цялата територия на страната, без право да се ограничава по географски и/или административни основания. Основен финансиращ орган стана НЗОК, а от държавния или общинските бюджети се субсидираше само дейността, извън здравноосигурителния пакет. Субсидията се получаваше по методика, утвърдена от министъра на здравеопазването, съгласно която на болниците се превеждаха средства за преминал пациент със заболяване, което не е включено в клиничните пътеки, като и по отношение на тази дейност не се ограничаваше правото на избор на лечебно заведение. Болниците започнаха да се конкурират помежду си за всеки един пациент.

Промяната, която беше направена в съотношението между субсидията и здравноосигурителните приходи се изразяваше в следното:

1. От приходите за изпълнени клинични пътеки се покриваха разходите за издръжка на целия лечебно-диагностичен процес, включително и за тези пациенти, които бяха хоспитализирани със заболяване, извън включените в клиничните пътеки. Средствата от субсидията за преминал пациент бяха символични и не покриваха разходите за тяхното лечение, затова имаха функцията на социално плащане (болнична входна такса) за периода, в който не беше осигурен пълният пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

2. Основните и допълнителните трудови възнаграждения на персонала в болниците вече се изплащаха в пълен размер за сметка на приходите, реализирани по договор с НЗОК за брой изпълнени клинични пътеки.

3. Приходите от субсидията не участваха в образуването на базовите средства за работна заплата, но задължително се отразяваха в нарастването им с норматив 0.8 на сто на всеки процент от общото увеличение на приходите.

4. Запазиха се в пълен размер начисляваните базови средства за работна заплата, дължими на персонала за отработеното време и осигуряването на непрекъсваем режим на работа.

При смяната на основния финансиращ орган и прилагането на императивната разпоредба за отразяване в средствата за работна заплата на всеки процент от общото увеличение на приходите, съществуваше възможност работодателите да намалят по целесъобразност базата, от която се изчислява това увеличение, т.е. да въведат смесена система на заплащане – според отработеното време и реализираните приходи. Затова, за да се гарантира устойчивост на болничния сектор през 2004 г. държавната регулация се отнасяше и до долната граница на начисляваните базови средства за работна заплата – не по-малко от 40 на сто от размера на общите приходи, което означаваше запазване на договорената по трудовите правоотношения цена на труд за отработено пълно работно време, без възможност да се прилага смесена система на заплащане. Защото от съществена важност е оказването на медицинска помощ във всяка една минута на денонощието (повременна система – заплащане по време), а не броят на преминалите през стационара пациенти (сделна система – заплащане на парче). *

Следващите изменения в нормативната уредба бяха направени през 2006 г. и се отнасяха до обхвата на задължителното здравно осигуряване, принципите на държавната регулация при образуване на средствата за работна заплата в търговските дружества лечебни заведения за болнична помощ и правата на пациентите.

Медицинските дружества и националните консултанти по медицински специалности изработиха алгоритмите на 299 клинични пътеки, които бяха включени в основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Възприе се, че освен някои редки заболявания и медицинската помощ, която се осигурява по закон от държавата, няма заболяване, което да не се финансира от НЗОК. От методиката на здравното министерство отпадна субсидирането за преминал пациент и досега по нея от бюджета се заплаща само за специфична медицинска дейност.

Необходимите предпоставки за постигане на устойчивост на болничния сектор, освен финансирането на по-голям обем медицинска дейност, включваха и промяна в начина на образуване на средствата за работна заплата в търговските дружества. Достигнатото равнище на средствата за работна заплата през последното тримесечие на 2005 г., беше определено за базово, с което се даде възможност на работодателите да увеличат основното трудово възнаграждение с размера на начисляваните през предходните години задължителни допълнителни възнаграждения и на тази основа през следващите тримесечия да начисляват съответното увеличение като допълнително възнаграждение. Условието за нарастване на средствата за работна заплата нормативно бяха смекчени, като се отстъпи от императивните изисквания дружеството „да има положителен финансов резултат” и да „няма просрочени задължения”, и се премина към възможност дружество, което „намалява загубата спрямо предходното тримесечие” и „има просрочени задължения към края на отчетното тримесечие не по-големи от предходното тримесечие” също да има възможност да увеличава средствата си за работна заплата, макар и с по-малък коефициент.

** Стефанов, Л. Основи на управлението на заплатите. С.: Тракия-М, 1998, 113 – 126.

През 2013 г. НЗОК заплаща на изпълнителите на болнична помощ за лечението на здравноосигурените лица по 308 клинични пътеки. С приходите от договорите с НЗОК ресурсно се обезпечава целия лечебен процес и разходите за персонал. Поради спецификата на медицинската дейност продължава да се прилага само повременината система на заплащане, а допълнителните възнаграждения за постигнати резултати от вложения труд да бъдат с непостоянен характер, поради тримесечно отсроченото определяне на финансовия резултат на дружеството и максимално допустимите средства за работна заплата.

4. Правни и икономически аргументи относно непостоянният характер на тримесечното допълнително финансово възнаграждение.

От 2001 г., когато частично започна въвеждането на здравноосигурителния метод на финансиране, разпределяните допълнителни възнаграждения получиха гражданственост като „възнаграждения за изпълнени клинични пътеки”. Това название продължава да се употребява, както във вътрешните актове на някои работодатели, така и в актовете на съдилищата, независимо, че болниците вече нямат глобален бюджет. Може би упоритостта да се използват словосъчетания като: „плащания по клинични пътеки”, „работа по клинични пътеки”, „ДМС за клинични пътеки” и др., е причината да не се възприема факта, че цялата дейност на болницата е дейност по клинични пътеки, а средствата, които тримесечно могат да се разпределят като допълнително възнаграждение са свързани с ефективността на осъществяваната основна дейност – лечение на пациенти, преминали по клинична пътека, съгласно договора на болницата с НЗОК.

Допълнителното финансово възнаграждение се регламентира във вътрешните правила за работна заплата с цел да бъдат определени критериите за разпределение на допустимите средства между всички болнични структури и персонал, в зависимост от приноса им за постигането на тримесечните финансови резултати на дружеството. Във вътрешните правила за работна заплата по работодателска инициатива или колективно договаряне могат да бъдат включени и други допълнителни месечни възнаграждения, с които да се отчете, примерно, динамиката и да се диференцират основните работни заплати между работещите в планови и спешни клинични и параклинични звена. В първия случай допълнителното финансово възнаграждение е с непостоянен характер, защото разпределянето му е под условие, индивидуалният размер се определя като обща сума за периода и се отчита с разпределителни списъци, а след края на отчетното тримесечие получените суми се изравняват с допустимите по инструкцията средства за работна заплата. Във втория случай се касае за допълнително възнаграждение с постоянен характер, защото медицинският персонал има право да го получава пропорционално на отработеното време в условията на спешност, отчита се с присъствена форма и става дължимо и изискуемо в края на всеки месец, едновременно с начисляването и изплащането на индивидуалната месечна основна заплата за действително отработеното време.

При определяне същността на получаваното допълнително финансово възнаграждение в болниците правната и икономическата логика се обединяват в момента, в който може да бъде определен финансовият резултат на дружеството за

отчетното тримесечие, т.е. възникването на основание за плащане на това възнаграждение. Финансиращият орган – НЗОК, превежда дължимите суми за извършени клинични пътеки до 20-то число на следващия месец от тримесечието, което означава, че най-рано след тази дата може да бъде изпълнена инструкцията на министъра на здравеопазването за тримесечно отчитане на приходите, финансовият резултат и норматива за увеличение на средствата за работна заплата. Финансовият резултат се определя с натрупване от настъпили през тримесечието събития, които за отделните месеци са различни по количество и тежест. Поради тази причина размерът на средствата, които могат допълнително да бъдат начислени се определя след края на тримесечието и не могат да бъдат пропорционално разпределени за трите месеца, защото няма законово основание за това. На същото основание не може да се определи каква част от получаваното от служителите през тримесечието допълнително възнаграждение се отнася за конкретен месец. Понеже допълнителното възнаграждение не е свързано с отработеното време не съществува и механизъм за определяне на дневен размер, който да бъде включен в базата за изчисляване на среднодневното брутно трудово възнаграждение по чл. 177 от КТ.

Поради удължената процедура за тримесечно определяне на средствата за работна заплата в болниците работодателите на свой риск разпределят авансово всеки месец допълнителни възнаграждения, които изравняват в края на месеца, следващ отчетното тримесечие. Месечните авансови плащания на допълнителни възнаграждения обаче не са свързани с определена от работодателя норма на труд и разценка, който болничните служители трябва да вложат в лечебния процес през месеца и да получат съответно възнаграждение, поради което не се начисляват по ведомост за отработено време или по отчет за свършена работа. За счетоводната отчетност допълнителните възнаграждения се начисляват на основание отделен акт на работодателя, с което ясно се определя размера на допълнителните възнаграждения, който при липса на финансов ресурс може да не се начислява и няма да се дължи на работниците и служителите, защото не се отнася за възнаграждение с постоянен характер.

Индивидуалният размер на възнаграждението за клинични пътеки не е възнаграждение по система за заплащане на труда според изработеното, защото липсва договаряне. Основен принцип на трудовото право е преди сключването на трудов договор или споразумение страните да договорят условията - какъв конкретно труд ще бъде дължен да предоставя работникът или служителят, как ще се измерва неговото количество и колко ще му плаща работодателя. Ако системата за заплащане на труда включва освен заплащане за отработено време и трудова норма, законът изисква работникът или служителят предварително да знае колко трябва да изработи (в случая колко клинични пътеки дневно или месечно трябва да изработи), какво плащане ще получи за единица продукция (в случая за една изработена клинична пътека) и чак след това, при наличието на тази информация, да реши дали да сключи трудовия договор или споразумението.* Количествените показатели, които отделни работодатели включват в методиките за индивидуално разпределение на допълнителните средства, не са основание за изплащането им, а съпоставка на трудовите резултати на служителите.

** Мръчков, В., К. Средкова, А. Василев. Коментар на Кодекса на труда. 11. изд. С.: Сиби, 2013, 821 – 823.

Допълнителното възнаграждение, за разлика от договореното основно трудово възнаграждение и допълнителните възнаграждения с постоянен характер, не е право на работника или служителя при положен труд да го получава, а правна възможност при определено финансово състояние на дружеството работодателят да го разпредели по своя преценка (атестация). Затова ако в един от месеците е начислена по-голяма сума като допълнително възнаграждение, а в следващия – по-малка или изобщо няма начисление, разликата не се счита за нарушаване на забраната за едностранно намаляване на трудовото възнаграждение.

Тримесечните допълнителни възнаграждения, които са елемент на регулираните средства за работна заплата в лечебните заведения – търговски дружества за болнична помощ се разпределят не само на персонала, работещ в клиниките и отделенията, където е хоспитализиран пациентът по клинична пътека, но и на целия персонал, включително работещите в лаборатории, рентген, администрация и обслужващи звена. Техният труд за изпълнението на една клинична пътека е екипен и не може да бъде количествено измерен и пропорционално разпределен между всички болнични служители, участващи в лечението на един пациент. Статистически обаче могат да бъдат изведени показатели за ефективност на медицинската дейност и ефикасност на изпълнените клинични пътеки, което дава възможност за последваща преценка на работодателя за по-добрата работа на болничните структури и служители. Тъй като основанието за разпределяне на допълнителното възнаграждение не е отработеното време, а ефективността в работата на болничните екипи, при прекратяване на трудовото правоотношение отделният служител няма реален принос за постигането на този резултат и такова възнаграждение не му се дължи.

Принципите на счетоводна калкулация на разходите за труд също определят тримесечното допълнително финансово възнаграждение, като възнаграждение с непостоянен характер. Нормативната уредба на работната заплата регламентира като постоянни само тези допълнителни възнаграждения, които могат да се изчислят пропорционално на отработените дни: ако за работа в спешно отделение се получава допълнително месечно възнаграждение 42.00 лв., за 16 работни дни служителят ще получи 32.00 лв., а за останалите 5 дни платен годишен отпуск – 10 лв., които обаче са включени в среднодневното брутно трудово възнаграждение от предходния месец, в който има отработени най-малко 10 работни дни в условията на спешност.

Не така стоят обаче нещата с допълнителното финансово възнаграждение: ако за първите два месеца от тримесечието служителят е получил авансово допълнително финансово възнаграждение по 100.00 лв. и във втория месец има 5 дни платен годишен отпуск, той ще получи трудово възнаграждение за 16 работни дни + възнаграждение за ползван платен годишен отпуск в размер на 5 дни + 100.00 лв. допълнително финансово възнаграждение. В случай, че във възнаграждението за ползван отпуск е включена някаква част от допълнителното финансово възнаграждение от първия месец на тримесечието това означава, че ще има повторно плащане за вече платен резултат на положения от служителя труд през първия месец.

При определяне на финансовия резултат и размера на средствата, които могат да бъдат разпределени за тримесечно допълнително възнаграждение, авансово получените

суми се изравняват. През третия месец от тримесечието получената от служителя сума може да бъде по-малка или по-голяма от 100.00 лв., или да няма доплащане.

Нормативната уредба налага най-малко с един месец след края на отчетното тримесечие да бъде определена сумата за допълнително финансово възнаграждение, за да има точно счетоводно отчитане на средствата. В случай, че платен годишен отпуск се ползва в първия месец на тримесечието и във възнаграждението по чл. 177 КТ е включена част от допълнителното финансово възнаграждение, то с размера на тази част за всички служители, които са ползвали отпуск през този месец ще се превишават образуваните по инструкцията средства за работна заплата за предходното тримесечие.

В договорите за възлагане на управлението на болниците е включено задължението за изпълнение на инструкцията и отговорността да не се превишават средствата за работна заплата. Санкцията*, която трябва да бъде приложена при превишаване на образуваните по инструкцията средства за работна заплата е намаляване с една минимална работна заплата за страната на тримесечното възнаграждение на органите на управление на търговските дружества – лечебни заведения за болнична помощ.

5. Заключение.

Определянето на същността на тримесечното допълнително финансово възнаграждение, получавано от персонала в търговските дружества – лечебни заведения за болнична помощ като възнаграждение с непостоянен характер, има важно значение за законосъобразността и ефективността на осъществяваната основна медицинска дейност, за колективното и индивидуалното договаряне на работните заплати, а също така и за защита на правото на работодателя да определя методите за ангажиране и мотивация на персонала. И в бъдеще, ако даден работодател бъде осъден по конкретен съдебен спор да заплати разликата във възнаграждението за ползван платен годишен отпуск или обезщетенията при прекратяване на трудовия договор, той ще изпълни по силата на пресъдено нещо. Но работодателят по силата на Закона за счетоводството, Инструкция № 1 от 24.10.2007 г. на министъра на здравеопазването и на договора за възлагане на управлението на търговското дружество – лечебно заведение за болнична помощ, по който той е страна, няма да приложи това съдебно решение по отношение на всички служители, за да не наруши императивни правни норми и да може да изпълни задължението за ефективно управление на дружеството.

Стр. 57

NATURE OF THE ADDITIONAL QUARTERLY FINANCIAL REMUNERATION OF THE STAFF IN THE HOSPITAL HEALTHCARE ESTABLISHMENTS – COMPANIES

Summary

By Snezhana Kondeva

** Чл. 10 на Инструкция № 1 от 24.10.2007 г. за образуване на средствата за работна заплата в търговските дружества – лечебни заведения с над 50 на сто държавно или общинско участие в капитала, през 2007 г.

The article gives a summary of the development of the legal framework on the access to hospital healthcare of the health insured persons; information is presented of the extension of the health insurance cover and of the statutory provisions regulating the wages funds in the hospital healthcare establishments - companies. On the grounds of the presented information, arguments are presented in support of the thesis that the additional quarterly financial remuneration, which the people working in the hospital healthcare establishments – companies receive, is not permanent in nature and therefore is not included in the amount of the average daily gross wage, which serves as basis for calculation of the compensation under art. 177 of the Labor Code.

The aim of the article is clarity on the matter to be given, which to be used in the employment negotiations, and justification to be made of the legality of the acts of the employers in the hospital healthcare sector when allotting the wages funds of their companies, regardless of the reasoning to certain court decisions.

ДЕМАРКАЦИОННИТЕ ЛИНИИ В ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ²⁹

²⁹ За цитиране: Кондева, Сн., *„Демаркационните линии в здравното осигуряване”*, Списание „Медицински меридиани“, бр. 1/2011 г., Рубрика „Дискусионен клуб“, главен редактор проф. д-р Веселин Борисов, дмн, стр. 59 – 62

Снежана Кондева, магистър по финанси на здравеопазването, зам.-директор на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД

Актуална тема напоследък е как да се извърши здравната реформа. Надделява мнението, че трябва да се смени модела, като се включат още един-два (а защо не и пет?) стълба на доброволно здравно осигуряване. А стъпката към новия модел се измерва с преструктурирането на болничната помощ и създаването на болници за продължаващо и продължително лечение.

В действителност обаче стъпките трябва да бъдат няколко, и да са в посока на **отстраняване** на недостатъците в досегашния модел на здравно осигуряване.

Защото неефективността на системата и неудовлетвореността и на лекари, и на пациенти се дължи на рязкото разграничаване и отдалечаване на подсистемите, структурите и дейностите в здравноосигурителния модел. Отделянето на едното от другото е до степен, позволяваща за част от проблемите да се използва термина „демаркация“ и в медицински смисъл (разграничаване на жива тъкан от мъртва), и във военен смисъл (демаркационна линия).

Основна причина за неефективността на системата и неудовлетвореността, и на лекари, и на пациенти, е рязкото разграничаване на подсистемите, структурите и дейностите в здравноосигурителния модел. Отделянето на едното от другото е до степен, позволяваща да се използва термина „демаркация“ и в медицински смисъл (разграничаване на жива тъкан от мъртва) и във военен смисъл (демаркационна линия).

Най-ясно изразената *демаркационна линия* е **между извънболничната и болничната помощ**, създаваща най-сериозните проблеми досега. Поради липсваща специализация по обща медицина общопрактикуващите лекари насочват по-голяма част от потърсилите здравна помощ към специалистите. Добрите специалисти обаче предпочитат да работят в болница, където по правило има по-добри условия, по-добра апаратура, а оттам и повече възможности за кариерно развитие. Отивайки при такъв специалист в болницата пациентите не могат да използват даденото им направление и плащат от джоба си за прегледа или изследването, които иначе би трябвало за заплати здравната каса. По този начин се налага практиката пациенти в затруднено положение да се приемат по клинична пътека, **независимо, че могат** да бъдат излекувани в амбулаторни условия.

Необходимостта тук е да се даде възможност и на болниците да извършват амбулаторна дейност, заплащана от здравната каса, а целта – да се ускори достъпа по медицинска помощ, да се подобри качеството на извънболничната дейност и удовлетвореността на пациентите, да се намалят болничните разходи с размера на несвойствената дейност по клинични пътеки и, не на последно място, да се **минимизират** корупционните практики. Начинът за реализиране на такава промяна не трябва да повтаря **порочната схема**, при която болниците създават дъщерни дружества – медицински центрове, защото сключването на втори трудов договор от персонал на болницата за работа в медицинския център е доброволен акт и най-добрите специалисти отново остават встрани от пътеката, определена за здравноосигурения пациент.

Друга демаркационна линия е несъвместимостта на терапевтична с хирургична клинична пътека за един пациент в едно и също лечебно заведение. За пациент, на когото са изпълнени диагностично-терапевтични процедури и след това се извърши необходимата операция в същата болница, здравната каса заплаща само хирургичната клинична пътека. Ако този пациент бъде изписан и насочен към друга болница, здравната каса плаща на първата – терапевтичната клинична пътека, а на втората – хирургичната интервенция. Опитвайки се да предотврати недобросъвестност, НРД всъщност налага лошата практика – извършването на диагностично-терапевтични процедури в една болница по терапевтична клинична пътека и насочването на пациента за операция в друга. Това е едно недопустимо фрагментиране на цялостната медицинска грижа за пациента.

Вариант за решение е изготвянето и утвърждаването на хирургични клинични пътеки, в стойността на които да се включат и разходите за диагностично-терапевтичните процедури, извършени в друга клиника или отделение на същата болница и доказващи необходимостта от оперативно лечение. В това може да се търси първоначално приближение към диагностично-свързаните групи, при които здравната каса плаща за всяка извършена дейност при конкретен пациент.

Целта на такава промяна е да не страда качеството на цялостния лечебен процес, **да не се размива отговорността между няколко изпълнители** на здравни услуги, да не се удължава времето за лечение и да не намалява удовлетвореността на пациента от получената медицинска помощ. И най-важното – да не се оформя медицинската документация с включване на изискващите се процедури в клинична пътека, вместо необходимите, т.е. да се отчита и заплаща действително извършеното при лечението на пациента.

Съществен проблем досега беше неразвитата болнична мрежа, поради което голяма част от пациентите, нуждаещи се от продължително лечение бяха изведени от системата и оставяни на грижите на своите близки. Това пораждаше социално напрежение.

Социално напрежение и многогодишното забавяне обаче не трябва да бъдат причина за механично реструктуриране на болници за активно лечение в болници за продължаващо и продължително лечение, защото е възможно да се очертае *нова демаркационна линия*, а последствията от това да бъдат по-тежки, отколкото досегашната липса на такива лечебни заведения.

Дейностите активно лечение, продължаващо лечение, рехабилитация и продължително лечение не трябва на всяка цена да бъдат обособени институционално – една болница да има разрешение само за активно лечение, друга за продължаващо лечение и т.н. Защото това ще доведе до отдалечаване на един вид лечебно заведение от друг в иначе общия за пациента лечебен процес.

Потребностите са комплексни и не може в големия град да се лекува активно, примерно, мозъчен инсулт в първите три дни от развитието на заболяването, в следващия един месец лечението му да продължи в болница за долекуване в по-малък град, след това да се проведе активна рехабилитация, а продължителните грижи за пациенти в тежко състояние да се осъществява в хоспис в трети или четвърти регион.

Затова системата ще бъде по-ефективна, ако се даде възможност на болниците да осъществяват и активно лечение, и продължаващо лечение, и рехабилитация. При това положение пациентът може да смени само клиниката или отделението. А в обратния случай **няма да бъде ясно кой е отговорен** и на практика поема разходите за превеждането на пациента от една болница в друга, и от едно населено място в друго. Повечето пациенти се нуждаят от специализиран медицински транспорт и близките не са в състояние да се справят с проблема, а има и пациенти, които са нетранспортабилни.

В очакване на новия здравноосигурителен модел не трябва да пропускаме, че положителното въздействие върху здравното осигуряване в по-близък план може да има отстраняването на системните грешки, каквито са очертаните по-горе демаркационни линии.

ЗА КОГО Е (НЕ)СПРАВЕДЛИВА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА?³⁰

Сн. Кондева

FOR WHOM THE HEALTH INSURANCE SYSTEM IS (UN)FAIR

Sn. Kondeva

В статията е представена политиката на ръководството на Университетска болница „Царица Йоанна“ – София за въвеждане на регламент и мотивиране на персонала за извършване на платени здравни услуги. Политиката се основава на свободния избор на гражданите и е насочена към ликвидиране на корупционната практика чрез институционализирането на платените услуги в болницата.

Основната идея е част от платените пари за амбулаторна дейност да достигнат до конкретния специалист, като от цената на здравната услуга за изпълнителите се правят отчисления в зависимост от вложения труд.

Целта е чрез легализирането на платените медицински услуги да се запази доверието между лекаря и пациента и амбулаторната дейност да бъде включена в системата за управление на качеството в УМБАЛ „Царица Йоанна“ ЕАД – София.

Когато имаме проблем със здравето, ние, пациентите, най-напред обръщаме поглед към Него – който и да е Той, в зависимост от вярата и представата ни за висшата сила, управляваща нашите съдби. След което поемаме по дългия път към лекаря.

Дори и за тези от нас, които нямат здравна осигуровка или са с прекъснати здравноосигурителни права, взаимоотношенията са ясно определени – плаща се на лекаря по твърдо определени цени. Работният график и ценоразписа са поставени на видно място в амбулаторията. В най-добри случаи (Дай Боже всекиму!) връзката ни със здравноосигурителната система се прекъсва след напускане на кабинета на личния лекар.

За съжаление не винаги историята приключва дотук. Когато е необходимо нашето лечение да продължи при специалист и в болница възникват въпросите „кога“, „къде“ и „колко“.

„Кога?“ – кога личният лекар или специалистът ще имат свободни направления за преглед и консултация. В края на месеца обикновено нямат. Това реме не е подходящо и за издадена а направление за хоспитализация. Ако сме сигурни, че състоянието ни изисква болнично лечение и ако някой по-ориентиран наш близък ни подсказва, че вече можем да отидем и без направление в болницата, ще си спестим чакането на първите дни на следващия месец.

„Къде?“ – къде да направим изследването и консултацията?

Разбира се винаги ще ни насочат към най-добрите специалисти. Често те обаче нямат сключен договор със здравноосигурителната каса за извънболнична помощ. Нещо повече – вероятността препоръчаният ни корифей в съответната област да има договор с

³⁰ За цитиране: Кондева, Сн., „За кого е (не)справедлива здравноосигурителната система“, Рубрика „Позиция“, Списание „Здравен мениджмънт“, изд. Факултет „Обществено здраве“ – Медицински университет – София, 2006, бр. 6, стр. 7 - 10

касата е обратно пропорционален на неговата слава. И тогава трябва да избираме сами – със заветното направление да отидем при специалист, който има договор със здравноосигурителната каса (но за който, кой знае защо, не са ни споменали нищо), или да съкратим времето за чакане, да вземем от спестените за черни дни пари и да отидем при най-най-добрите. Те в повечето случаи работят в болница и за прегледите и консултациите не им се плаща, защото по договор със здравноосигурителната каса се финансира само дейността за хоспитализирани пациенти по клинични пътеки. В този случай за спасителния преглед, консултация или изследване са заплаща лично на лекаря по цени, определени от него „на око“.

Понякога след консултацията или изследването се оказва, че се нуждаем от болнично лечение. Влизайки в болницата, се чувстваме притеснени и объркани. Ако сме попаднали там без „връзки“, ще се окажем в безкрайната листа на чакащите. При условие обаче, че сме осъществили предварително лична връзка с влиятелния специалист, на когото болничната администрация не може (или не иска) да противоречи, може да се сдобием с легло още същия ден. Но дори и тогава тревогите не свършват – ще ни обяснят, че клиничните пътеки са сравнително малко на брой и точно нашето заболяване не е включено в нито една. Те от нас, които имат по-слаби нерви и повече финансови възможности, се предават и приемат да си платят само и само да ги излекуват. За тези, които са по-настойчиви и напористи (пък и нямат нужните средства) се осигурява лечение по клинична пътека „шапка“, при което включените диагностични и терапевтични процедури (по лекарска преценка) не са достатъчни за пълното излекуване. Сега вече сме още по-объркани, но успяваме да попитаме:

„Колко?“ – „Колкото дадеш“ е отговорът. От пациенти се превръщаме в институцията, която трябва да оценява труда на лекаря. А в същото време сме зависими от лекарското решение и се нуждаем от внимание и загриженост.

„Това е всичко, което имам“ – казваме със свито сърце. „Добре“ – е отговорът.

И все пак възможно ли е да се запази доверието между лекаря и пациента и да се избегне нерегламентираното плащане „на око“, за което е приложим и терминът „корупционна практика“?

Възможно е ако, зачитайки свободния избор на всеки гражданин, оказването на платена амбулаторна медицинска помощ в болниците се институционализира.

Конституцията на Република България гарантира достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване на гражданите при условия и ред, определени със закон. Те са регламентирани основно в Закона за здравното осигуряване, Националния рамков договор и Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ.

За да се ползват гражданите от медицинска помощ, заплащана от здравноосигурителната каса, трябва да са с непрекъснати здравноосигурителни права и да спазват определения в нормативните актове ред и условия: да изберат свободно лекар в лечебно заведение за първична медицинска извънболнична помощ на територията на цялата страна; да бъдат насочвани с направления от общорактикуващ лекар към специалисти в лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, а когато лечебната цел не може да бъде постигната в условията на извънболнична помощ, да бъдат насочвани с направление от всеки лекар от лечебно заведение за

хоспитализация. Независимо от издаденото направление за хоспитализация пациентите се приемат за болнично лечение само след извършен преглед в Диагностично-консултативния блок. Ако не са налице индикациите за хоспитализация, включени в клиничната пътека, лицето се насочва за домашно лечение.

Безплатен преглед, изследване и консултация на задължително здравноосигурените лица се извършва само в амбулаториите за първична и специализирана медицинска помощ – индивидуални и групови практики, медицински центрове, диагностично-консултативни центрове и самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории, тъй като здравноосигурителната каса сключва договор за тази дейност с тези лечебни заведения.

На болниците, които имат сключен договор със здравноосигурителната каса, се заплаща за всички медицински дейности по клинични пътеки. Изпълнителите на болнична медицинска помощ нямат право да изискват плащане или доплащане от осигуреното лице за дейност, която според договора се заплаща, и изключение на консумативи за определени клинични пътеки, в които изрично е посочено.

Няма законова (и въобще каквато и да било нормативна) пречка извън този ред и условия гражданите да заплащат медицинската помощ по свой избор.

Всяко задължително здравноосигурено лице може да заплати прегледа или изследването в лечебно заведение за болнична помощ, да избере лекуващ лекар или да поиска допълнително да заплати за по-добри битови условия и обслужване, свързани с престоя му в болницата.

Медицинската помощ по избор, както и медицинската помощ, оказвана на неосигурените или с прекъснати здравноосигурителни права граждани се заплаща по цени, определени от съответните лечебни заведения. Болничната администрация е длъжна да постави на общодостъпни места в сградата информация за цената на медицинските и допълнително поисканите услуги и начина на заплащането им.

В нормативната уредба е регламентирано финансирането на лечебните заведения от бюджета на Националната здравноосигурителна каса и Министерство на здравеопазването и на тази основа те се разграничават като лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ. Разграничаване на лечебните заведения няма при плащане от страна на пациентите, тъй като това е отделен източник на финансиране. Лицата, които сами искат да заплатят оказваната им медицинска помощ, не могат да бъдат ограничавани – това ще накърни техните конституционни права за достъп до медицинска помощ.

В подкрепа на тезата, че с установяването на условия и ред за заплащане на медицинската помощ по избор на пациента не се засягат конституционните и законови права на гражданите, а само се създава допълнителна възможност и за платени медицински услуги, е Решение № 8 от 2 април 1998 г. по Конституционно дело № 3 от 1998 г.

Регламентирането на платената медицинска услуга в лечебно заведение за болнична помощ решава и въпроса за гарантиране правата на лицата, които я ползват от гледна точка на нейното качество. Амбулаторната дейност е организирана и се осъществява в Диагностично-консултативните блокове от правоспособен и квалифициран персонал по строго определени във вътрешната нормативна уредба

правила и е включена в системата за управление на качеството на медицинското обслужване в болницата. В тази посока е и създаването на приемните спешни портали в болниците, които ще обхванат и друг амбулаторен поток – спешните пациенти.

Институционализирането на платените услуги в болниците променя „правилата на играта“ не само за пациентите. На нова основа се поставят нещата и в управленко-икономически аспект: финансирането на болничната дейност за изпълнени клинични пътеки е от бюджета на Националната здравноосигурителна каса; оказваната спешна амбулаторна медицинска помощ – от бюджета на Министерство на здравеопазването. Финансирането на оказваната платена амбулаторна медицинска помощ от специалисти в болниците е от бюджета на пациента. Това е негово лично решение и избор. И тъй като сме правова държава срещу всеки платен лев от гражданите за здраве, трябва да се получи необходимата по обем и качество здравна услуга. Договореността между лекаря и пациента трябва да е легализирана.

Основната идея в случая е част от платените пари за амбулаторна здравна дейност да достигнат до конкретния изпълнител. Заплатата, която получава лекаря в болницата е за лечебно-диагностична дейност на стационарните пациенти и разходите за работна заплата се покриват от приходите по клинични пътеки. Мотивацията на специалистите да осъществяват амбулаторна дейност, платена през касата на болницата, е да получават възнаграждение над получаваното досега. Системата на заплащане, наложила се в извънболничните лечебни заведения е удачна за прилагане и в болниците, т.е. от цената на здравната услуга за изпълнителите да се правят отчисления в зависимост от вложения труд. С което може да се направи и сериозна крачка към ликвидиране на корупционната практика в болниците.

Казаното насочва към извода, че усилията на ръководните органи на болници, които правят отчисления от платените здравни услуги за персонала е необходимо да бъдат подкрепени от Министерство на здравеопазването. А така също, че е наложително да се направи промяна в Инструкцията за образуване на средствата за работна заплата в лечебните заведения, търговски дружества с над 50 на сто държавно участие в капитала, като средствата за работна заплата, образувани по реда на инструкцията, не се включват възнагражденията на персонала за извършена платена амбулаторна дейност.

„Кога“, „къде“ и „колко“ – тези въпроси винаги ще стоят пред всеки, на когото се налага да потърси специализирана консултация, изследване или болнично лечение. Но те могат да станат по-малко тревожни и да добият рационалния отговор, адекватен на европейския хоризонт пред българските граждани.

СОЦИАЛНИЯТ КОНФЛИКТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО³¹

Снежана Кондева

Една от темите, които постоянно са във фокуса на общественото внимание и средствата за масово осведомяване през последните години, е тази за реформата в системата на здравеопазването. И това е напълно естествено, тъй като функционирането ѝ засяга в една или друга степен всеки български гражданин. Нещо повече – в края на XX век здравеопазването все повече се превръща в основен фактор за социално-икономическия просперитет на едно общество, а чрез това и в основен фактор за пълноценната му интеграция в общността на високо развитите нации и държави.

Българското общество дълго време живя в условията на т.нар. всенародна безплатна медицинска помощ и това го направи особено чувствително към факта, че реформите в здравеопазването през последните години се осъществяват много бавно, нерешително и непоследователно. На практика те се свеждаха до разрешаването на частна медицинска практика и разкриването на частни здравни заведения. Под формата на дарение също така бяха въведени платени медицински услуги в държавните болнични заведения без да бъде създаден механизъм за компенсиране на извършените разходи от пациентите. По същество нещата не се промениха и с Наредба 22. Накратко, широко прокламираните радикални промени в системата на здравеопазване не бяха осъществени. Често сменящите се кабинети и здравни министри обясняваха провежданата от тях политика като стремеж да се избегнат резки и катастрофални сътресения. Но именно мудността на промените доведе до сериозен социален конфликт. А такъв безспорно съществува между:

- Държавния и частния сектор в здравеопазването: на практика няма равнопоставеност и правна регламентация между тях;
- Наложилите се пазарни взаимоотношения в другите сектори на обществения живот и липсващите такива в здравеопазването: това стимулира възникването и утвърждаването на своеобразен черен пазар в областта на здравните услуги;
- Създаден беше конфликт и във взаимоотношенията лекар и пациент, което сведе до минимум доверието в професионализма и морала на лекаря;
- в самата система на здравеопазване: ниският доход и недостатъчното финансиране, което да осигури нормални условия за практикуване на медицинската професия, доведе като резултат намаляване социалния статус и квалификация на работещите в здравеопазването.

Най-острият конфликт е между обществото като цяло и държавата. В приходната част на бюджета се събират данъци и такси, а от разходната част се финансира една неефективна здравна система, която на практика не предлага съвременни медицински услуги на населението.

Безспорен е фактът, че системата на здравеопазване се нуждае от реформа – от обновяване и развитие. От друга страна, в тази ситуация, всяка необмислена и несъобразен с националните ни традиции здравна реформа може да има трайни

³¹ За цитиране: Кондева, Сн., „Социалният конфликт в здравеопазването”, Списание „BG контакти +”, изд. КПЦ „Васил Априлов“, 1998, бр. 5, стр. 58 – 62

негативни последици за цялостното обществено развитие. Проблемът за социалната справедливост на здравноосигурителната система става реален и дори нещо повече – централен, след приетия на 4 юли т.г. (б.а. – годината е 1998) Закон за здравното осигуряване. Той е свързан преди всичко с обхвата на задължителното и неразвитостта на системата на доброволното здравно осигуряване. При модела, наложен от този закон, се ограничава свободния избор от страна на пациента, който се свежда до избора на изпълнител в задължителното здравно осигуряване, а организационната структура на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) не дава реална възможност на осигурените да участват в нейното управление.

Проблемът за социалната справедливост на здравноосигурителната система е важен, защото нравствено-оценъчното отношение към нея рефлектира върху цялата социално-икономическа и политическа система и може да генерира както положителна, така и отрицателна обществена енергия. А по този начин да импулсира или обратно – да забавя общественото развитие. При цялата си значимост обаче проблемът за справедливостта на здравноосигурителната система трябва винаги да се разглежда в рамките на по-широкия проблем за нейната ефективност. В противен случай тази конкретизирана към здравеопазването употреба на понятието справедливост ще се превърне в гола абстракция и всеки опит за практическа реализация на една „справедлива здравноосигурителна система“, безотносителен към нейната „ефективност“ може лесно да се превърне в своята противоположност.

Преди всичко „справедливостта“ е нравствено-оценъчна категория, която може да бъде еднозначно дефинирана само при наличието на общоприета и безостатъчно господстваща морална доктрина от религиозен или идеологически характер. В съвременното демократично общество, което отхвърля всякаква форма на религиозен и идеологически догматизъм, по правило нравствено-оценъчните категории притежават висока степен на релативност. По тази причина използването на категорията „справедливост“ за практическа оценка и особено управленска дейност по изграждането на здравноосигурителна система може да доведе до крайно нежелателни спекулации и произвол спрямо реалните обществени потребности.

От тази гледна точка изпъква обаче обстоятелството, че понятието „справедливост“, използвано за оценка на която и да било подсистема на обществения живот, в случая здравноосигурителната, е включено (като видово) в обема на едно по-общо (родово) понятие – „ефективност“.

В крайна сметка едва ли една здравноосигурителна система може да бъде справедлива за всички., Като икономическата и политическата система също не могат да бъдат просто справедливи. Здравноосигурителната и другите обществени системи могат да бъдат само повече или по-малко справедливи в зависимост от това дали изразяват мярата в задоволяване на потребностите и интересите на отделните индивиди, от една страна, и тези на обществото като цяло, от друга. С други думи дали са ефективни или не.

Използването на понятието „ефективност“ позволява по-точно да се есплицират множеството проблеми в здравеопазването, които остават и след приемането на Закона за здравното осигуряване, и които ще продължават да поддържат социалния конфликт в уточненото му вече съдържание.

Системата на здравно осигуряване трябва да се разглежда в широкия и затова действителен обем на това понятие, и да включва не само задължителното, но и доброволното здравно осигуряване в трите му форми – допълнително, фирмено и частно – както и съответстващите им осигурителни институти. Азбучна истина е, че моделът на здравно осигуряване зависи от икономическия растеж и в същото време влияе върху него. В либералната икономика определящо значение има пазарната конкуренция, предприемчивостта и инициативността на икономическия субект, и правото на всеки да рискува. В развитото пазарно стопанство предприемчивите хора би трябвало да са толкова отговорни за собственото си и на другите здраве, колкото и за поведението си на пазара. Затова здравноосигурителната система трябва да създаде условия, в които всеки да направи своя свободен избор – между един или друг личен лекар и стоматолог, между изпълнителите на специализирана помощ, между здравните заведения. Накрая, но не на последно място между осигурителните институти, чиито здравноосигурителни програми би искал да ползва при лечение, възстановяване и подобряване на своето здраве.

Като институция, която защитава здравето на нацията, здравното осигуряване е елемент от системата за социална сигурност. Право на всеки е да избере формата и начина, по който да бъде защитен – в колектива или самостоятелно.

В задължителното (държавно) здравно осигуряване основополагащ е принципа на солидарността, т.е. колективни, еднакви по размер вноски и съответно колективни разходи и социалноосигурителни плащания.

Частното здравно осигуряване се осъществява изцяло на принципа на личната предвидливост. Премиите са съобразени с индивидуалните рискови фактори.

В допълнителното здравно осигуряване вноските са доброволни и предназначението на този вид осигуряване е да разшири и повиши здравната защита.

Заложената в закона задължителна за всички български граждани система на здравно осигуряване, неправомерно ограничава правото на свободен избор. Тук не става въпрос за оспорване на основната защитна функция на държавата. Но тя може да се упражнява и чрез задължителна базисна схема, в рамките на правно регламентирана система с повече от един субект на здравно осигуряване. Държавата трябва да определя само правните норми, при които правата на отделни членове на обществото няма да нарушат правата на други, които не могат сами или с помощта на свои близки да отделят средства и да се грижат за своето здраве.

Променените социално-икономически реалности изискват адекватни подходи и методи при създаването на защитна здравноосигурителна мрежа и прилагането на принципа на децентрализация. **Първото защитно ниво** е задължителното здравно осигуряване. Субект е държавата, а обект – по-слабите и нискодоходни слоеве от населението. За да може задължителната система да се изгради и функционира ефективно е необходимо трансферирането на осигурени лица към доброволното здравно осигуряване. Т.е. необходимо е държавата да делегира права и на други субекти на здравното осигуряване, с което ще се изгради **второто защитно ниво** на допълнителното и фирменото здравно осигуряване. На това ниво субекти са: държавата, с децентрализиран здравноосигурителен фонд, общините и фирмите- Принципът на децентрализация може да се приложи и в друг аспект – създаването на самостоятелни професионални и териториални осигурителни институти, с цел да се повиши здравно-

защитната осигуреност на определени професионални съсловия и социални групи. Тези институти могат да ползват преференциални режими на здравноосигурителна защита.

Важно е и изграждането на **трето защитно ниво**, което ще обогати пазара с гъвкави здравноосигурителни схеми, които максимално да задоволяват индивидуалните потребности от здраве. Субекти на здравно осигуряване на това ниво са частните осигурителни институти, а обект – всички, които не са получили достатъчно качествени медицински услуги от първите две защитни нива.

Разнообразието в индивидуалните потребности от здравна помощ изисква и разнообразие на субектите на здравно осигуряване. Проблемът, който възниква при наличието на повече от един субект на здравно осигуряване се решава чрез регламентиране на връзките и взаимодействието между отделните подсистеми, както и прилагането на принцип на автономност в организацията, управлението и финансирането на осигурителните институти, включени в трите защитни нива. За да се осигури обратна връзка и контрол върху дейността и качеството на здравното осигуряване в колективните органи за управление на осигурителните институти трябва да се включват представители на осигурените лица и работодателите. Недопустимо е вместо представители на осигурените лица в органите за самоуправление да бъдат включени синдикални организации, без с това да се оспорва тяхната социална роля. Освен това активността на синдикалните организации все още е силно свързана с различни политически интереси и това положение едва ли скоро ще се промени. Поради което, много от осигурените не желаят тези организации да защитават интересите им.

При структурирането на органите за управление на НЗОК и по-специално на събранието на представителите, регламентирано в новия Закон за здравното осигуряване, в квотата на осигурените се включват шест места за представителните организации на работниците и служителите. Квотата на работодателите в събранието също се попълва от избраници на представителните организации на работодателите. Никъде в закона обаче не е записано, че представителните организации на работниците и служителите и представителните организации на работодателите не могат да участват в акционерните дружества, осъществяващи дейност в доброволното здравно осигуряване. Тези организации имат достатъчно „подготвени“ и „калени“ кадри, които като физически лица отговарят на изискванията на закона и могат да бъдат избрани в събранието на представителите. Те за разлика от представителите на осигурените, избрани по друг принцип, ще участват реално в процеса на управление, и ще влияят върху политиката в тази област. И тъй като осигурителните дружества само ще бъдат лицензирани и надзиравани, а не и включени в обща система на здравно осигуряване като субекти, опасността те да се превърнат в пирамиди е много голяма. Дори неизбежна за акционерни дружества, в които участват синдикални организации. А в случая става въпрос за много пари.

Времевият ресурс за преодоляване на социалния конфликт в здравеопазването е ограничен. За да се избегнат грубите грешки, които след това ще платим скъпо от финансова и морална гледна точка, Законът за здравното осигуряване трябваше да бъде приет след изготвяне на национална стратегия за развитие на здравното осигуряване.

Наличието на ефективна здравноосигурителна система, гарантираща добър здравен статус и нормално възпроизводство на населението, е един от най-точните

индикатори за развитостта на една страна, за демократичността на обществените отношения в нея, за реалната ѝ приобщеност към ценностите, нормите и стандартите на съвременната високотехнологична цивилизация.

В заключение ще подчертая, че проблемът за характера на здравното осигуряване у нас – за неговите цели, за принципите върху които то трябва да се изгражда, за приоритетите на всеки етап от институционализирането му, за вътрешното единство и взаимно допълване на различните му форми, и създаването на адекватни институти, чрез които тези форми на практика се реализират – продължава да е изключително актуален. Както поради общата ситуация на преход от планово-централизирани (в икономиката) и тоталитарни (в политиката) към пазарна и либерално-демократични обществени отношения, така и поради конкретните проблеми, които ще възникнат в хода на реформата в здравеопазването след приемането на последните закони в тази област.след приемането на последните закони в тази област.