

Националната здравна карта – елемент от съвременното мрежово общество

Сашо Ангелов¹

СУ „Св. Климент Охридски“

Стопански факултет – докторант

Резюме: Статията е посветена на Националната здравна карта като основен инструмент за управление на здравната система. Застъпва се становището, че Националната здравна карта представлява програмен продукт, чиято основна цел е управление на здравната система в реално време. Дефинирани са отделните структуроопределящи елементи, които гарантират функционирането на националната здравна система, както по хоризонтала, така и по вертикала. Националната здравна карта, базирана на елементите на мрежовото общество, превръща здравната система в мрежова здравна система. Предложен е нов симулативен модел за управление на здравната система чрез Националната здравна карта.

Ключови думи: Национална здравна карта, Мрежово здравеопазване, структура, управление на здравна система, Национални изпълнителни стандарти, политики, здравна система, законосъобразност, икономичност, ефективност, ефикасност, публичност, програмен продукт.

JEL: I18.

Въведение

Човечеството живее в двадесет и първи век, според съвременното лентоброене. За тези, които помнят, това е вече груз свят. За първи път в историята човешкият мозък изпълнява ролята на пряка производителна сила, а не само на ключов елемент в системата на производството. Сега всички ние сме наблюдатели на едно състезание между усъвършенстването на човешкия мозък и информационните технологии, на противоборството между *Мрежата и Личността*². Здравето, като вътрешна потребност на всеки човек, и здравеопазването, като система за задоволяването на тази потребност, не могат да останат извън тенденциите на общото развитие. В съвременния свят е достатъчно човекът да достигне до най-близкия възел от мрежовото общество, за да може да потребява необходимите му капитали, информация, технологии и т.н. Като неразделна част на това общество е необходимо да се създаде и структурира мрежова здравна система. Въпреки наличието на неограниченост в придвижване-

¹ Авторът е експерт в Комисията по бюджет и финанси на 39-ото и 40-ото Народно събрание и съветник по финансовите въпроси на министър Радослав Гайдарски.

² Кастелс, М., „Мрежовото общество“ ИК „ЛИК“ С., 2004.

то, трудовата реализация и получаването на информация, всеки човек има право на достъп до здравни услуги, съизмерим с два критерия – в рамките на „златния час“³ и безплатно⁴. Това изисква нов вид структура на здравната система, друг вид на управление и гарантиране на финансови ресурси. Тези нови предизвикателства могат да се реализират с инструментариума на съвременното информационно общество, чрез превръщане на здравната система в мрежово здравеопазване.

Какво представлява мрежовото здравеопазване? Това е пространствена структура (мрежа), съставена от медицински заведения (медицински клетки), предоставящи здравни услуги. Тази мрежа, за да бъде жизнена и защитена от различни лобистки интереси, изисква изричното конкретизиране чрез законови текстове. Практическата реализация на тази пространствена структура се осъществява чрез инструмента, наречен „Национална здравна карта“. Ешелонирането на системата като една взаимно самонадграждаща се структура гарантира своевременното предоставяне на медицински услуги. Мрежовото здравеопазване работи в симбиоза с информационното общество, което не може да си представи извършването на каквато и да е дейност без обработване на информацията в реално време. Обществото и правителството, съставено въз основа на вота на средния избирател, е призвано да реализира неговите очаквания от една толкова сложна и същевременно специфична система, каквато е здравната. За съвременно, качествено функциониране на една здравна система вече не е достатъчно да се осигурят: медицински специалисти – лекари, медицински сестри и др., лечебни заведения,

оборудване и консумативи; достатъчен публичен или частен финансов ресурс, необходимо е да се търси баланс между „пациента и медицинския специалист“, „интелекта и мрежата“, „общественото и частното“, „приходите и разходите“, и всичко това във времето – минало, бъдеще и реално.

Практическа реализация на Националната здравна карта (НЗК)

Практическата реализацията на всяка система, в това число и здравната, води своето начало от предварително дефинираната политика. Политиката определя пътя, по който се върви за постигането на избраните от средния избирател цели. В предизборната кампания обикновено политическите сили декларираат крайните цели, които ще реализират до края на своя мандат. Чрез формирането на правителството партийната политика на спечелилата партия се превръща в държавна. Държавната здравна политика съгласно националното законодателство *се ръководи и осъществява от Министерският съвет*⁵ в съответствие с Конституцията и законите на страната. *Министърът на здравеопазването ръководи националната система за здравеопазване и осъществява контрол върху дейностите в самата здравна система, изготвя и представя в Народното събрание годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия, утвърждава разпределението на субсидиите от Републиканския бюджет и осъществява методическо ръководство*

³ „златен час“ – това е: срокът, през който мозъчните структури се запазват здрави; час, в който и най-тежко ранените на бойното поле имат шанс да бъдат върнати към живот; елемент от медицински стандарт на НАТО.

⁴ „безплатно“ – в момента на получаването на здравната услуга, особено когато човек е в безпомощно състояние.

⁵ Чл. 3, ал. 1 от Закона за здравето.

и контрол на медицинската дейност на лечебните заведения, създадени към другите министерства и Министерски съвет. Принципал⁶ на общественото здравеопазване е държавата. Националната здравна система притежава специфична особеност, която дава отражение върху дейността на цялата система. Докато Министерският съвет определя политиката, а Министерство на здравеопазването ръководи системата и осъществява контрол на дейностите в нея, то преимущественото финансиране се осъществява чрез независим фонд – Националната здравноосигурителна каса. Това разделение на функциите много често поставя в конфликтни ситуации отделните участници в процеса, от което следствията понася отделният човек (пациентът). По тази причина за нуждите на управленския процес е разработен универсален управленски инструмент – Националната здравна карта. С НЗК според действащото законодателство се определят минималните и максималните потребности от болнични легла в различните региони на страната. Националната здравна карта съдържа списък с лечебните заведения, с които Националната здравноосигурителна каса задължително трябва да сключи договор за работа, за да обезпечи финансирането на медицинската помощ за здравноосигурените граждани. Освен създаването на ред и предсказуемост в националната здравна система, наличието на Национална здравна карта ни приобщава към европейските структури. Това приобщаване, освен всичко друго, открива пътя към общоевропейските финансови ресурси. Министерството на здравеопазването като институционален бенефициент по програмите на ЕС засега има възможност

да кандидатства по две оперативни програми – „Човешки ресурси“ и „Регионално развитие“, но за това е необходимо да бъде разработена ефективна Национална здравна карта, съобразена с изискванията на ЕВРОСТАТ за райониране. В Закона за лечебните заведения е направен опит за законодателно решение на действащите Европейски изисквания за Национална здравна карта. В закона НЗК е представена като инструмент за планиране и разпределение на лечебните заведения по цялата територия на страната, но без изрично да се гарантира необходимият публичен финансов ресурс за нейната реализация. В закона е направена само една формална препратка *„за финансирането на заплащаните от Националната здравноосигурителна каса медицински дейности“*.

В действителност действащите законови текстове превръщат Националната здравна карта в регистратор на статуквото. Това е така, защото за осъществяването на съвременна медицинска дейност, освен познанията и уменията на лекуващия персонал, са необходими съпоструващи активи – сгради, оборудване, лекарства и т.н. А за всяка промяна, макар и минимална, е необходим огромен финансов ресурс, който обществото на този етап на развитие не може да отдели. Не може да се пренебрегне и наличието на различни, взаимно противоречащи си интереси, които обикновено са насочени към генерирането на определена икономическа рента. От друга страна, в националното здравно законодателство не е налице унифицирана терминология. Типичен пример е едновременното използване на лечебни и здравни заведения, на бърза

⁶ „Принципал“ е лице, съгласно икономическата терминология, участващо в сделка „за своя сметка“; Лице, упълномощаващо друго лице, да действа от негово име и за негова сметка (в качеството на агент).

⁷ Чл. 34 от Закона за лечебните заведения.

и спешна помощ и т.н. По този начин голяма част от медицинските структури, които не са определени чрез Закона за лечебните заведения, не се включват в Националната здравна карта. Отсъствието на медицински структури от НЗК, но финансирани с публични финансови ресурси, поставя въпроса за какво в действителност служи Националната здравна карта. Най-точен и синтезиран отговор дават специалистите на Световната банка, а именно – „Националната здравна карта е създадена така, че да оправдае числеността на лекарите по места, вместо да даде препоръки за оптималния им брой и разпределение във връзка със здравните потребности на съответното обслужвано население. Очевиден е стремежът за запазване на статуквото в резултат от влиятелността на Българския лекарски съюз в процеса на договаряне с НЗОК⁸.

В действащото законодателство са определени два основни инструмента за практическото изработване на Национална здравна карта – „Областни здравни карти“ и „Методика за разпределението на минималния и максималния брой легла за активно лечение, долекуване и продължително лечение“. Избраното законодателно решение поставя в твърде рискова ситуация реализацията на Националната здравна карта, защото консолидирането на Областните здравни карти е атакуемо пред съответния съд. Същевременно методиката за изработване на НЗК не е официализирана.

За нуждите на самото изработване на Националната здравна карта в Министерство на здравеопазването (2006 г.) бяха определени ограничен брой параметри, като:

- брой легла за активно лечение – 4,3 на 1000 жители;
- брой легла за долекуване – 1,4 на 1000 жители;
- определяне на минимален брой легла за разкриване на болнична структура – не-по-малко от 100 легла.
- максимален брой на пациентите, обслужвани от един общопрактикуващ лекар (ОПЛ) по здравна карта – 1500 до 2000 „брой регистрирани лица“⁹ на един ОПЛ;
- максимален брой на пациентите, обслужвани от един специалист в доболничната помощ по здравна карта – 3000 регистрирани жители на един специалист;
- достъп до медицински услуги по време – до 30 минути;
- достъп до медицински услуги по отстояние – до 50 км.
- брой хоспитализации за една година – 175 на 1000 жители;
- среден престой на преминал болен в стационара – 7 дни;
- използваемост на легловата база – 80 %.
- За отчитане на разнообразието на здравната система се използват допълнително корекционни параметри, основани на:
 - демографската характеристика на района;
 - специфичната заболеваемост в района;
 - времето (отстоянието) от по-високата степен лечебно заведение.

Конкретните стойности на тези параметри представляват осреднени средноевропейски показатели, базирани на възприетите в ЕС основни принципи в управлението на здравната система – достъпност, своєвременност и качество; равнопоставеност и справедливост. За съжаление горепосочените параметри все още не са получили легитимност чрез конкретен законов текст.

⁸ Договор с МЗ № ZUP-24-D-01-76.

⁹ „брой регистрирани лица“ са гражданите, регистрирани по „постоянен адрес“.

Ключови инструменти в Националната здравна карта

Здравната система е характерна с използването на специфична терминология. Менюджърите в здравния сектор са обобщили цялата гама от медицински персонал, апаратура, лекарства и консумативи, както и различни групи видове активи като автомобили и сгради, в един общ представителен за системата термин – „болнично легло“. Този термин е носител на информация, която освен за медицински цели, се използва за различни анализи и оценки на системата. По тази причина използваната терминология не се ограничава само до хотелската част. Показателите, заложи в инструмента „болнично легло“, би трябвало да се базират на предварително разработени Национални стандарти както за добра медицинска практика, така и за финансовия ресурс, който да гарантира функционирането на системата. Това за съжаление до този момент не се прави.

Друг специфичен инструмент са лечебните заведения. Националната здравна карта е съставена от хронологичен опис на лечебните заведения, с които Националната здравноосигурителна каса като финансиращ орган е длъжна да сключи договор за работа. Този опис е в пряко противоречие на основни конституционни принципи за равнопоставеност на собствеността, равен достъп до публичните финанси, гарантиране на конкуренцията, недопускане на дискриминация и в крайна сметка равен достъп до здравната система на всички български граждани. Световната практика е доказала различни варианти на Национални здравни карти при един основен критерий – сключилите договор за работа с публични финанси не формират печалба. Този принцип гарантира плурализъм в собствеността и реална възможност за прилагане на пазарните принципи в здравната система. От друга страна, лечебните заведения са организационни

структури, регистрирани по Търговския закон. Практиката е наложила организационната форма на лечебните заведения да се припокрива с териториалното разположение. Това води до раздробяване на системата и неефективно използване на публичните финанси.

Националната здравна карта и съвременното общество

Съвременното общество все още не може да предостави на човечеството такава здравна услуга, която да бъде съизмерима с притежаваните от него върхови информационни технологии. Това се дължи на редица фактори, които могат да се разделят в две полета – вътрешни и външни. Вътрешното поле се характеризира с една класическа консервативност и необятност в познанието за човека като цяло. Здравето се свързва с физическите и умствени функции на човека. По тази причина не може да не признаем, че здравето е симбиоза между дух и материя в единно цяло. И за да бъде ефективно действието на хората, които се занимават с лечебна дейност, самите те трябва да имат призвание. Здравето е път на хармонията в човека. Външното поле е в пряка зависимост от провежданите политики в обкръжаващите системи, които оказват пряко влияние и върху здравната система. Според Световната здравна организация *политиките за структурни промени сериозно засегнаха системата за обществено здравеопазване; пропастта между частното и държавното предлагане на здравни грижи се задълбочи. Дерегулираното включване на здравните системи в пазарната икономика ги прави много неефективни и много скъпи; то задълбочава неравенствата и води до ниско, а понякога дори и опасно качество на грижите*¹⁰. Именно поради тази причина, съгласно договора за ЕС,

¹⁰ <http://bg.mondediplo.com/article542.html> – Бюлар, М., Как работят здравните системи по света.

Всички политики на Съюза трябва да следват един основен подход, наречен „Здраве във всички политики“. За да е напълно ефективен обаче, подходът трябва да бъде възприет и в националните, регионалните и местните политики¹¹.

На второ място стои ролята на държавата в регулирането и управлението на здравната система. Съгласно теоретичната икономика и практиката, държавата се намесва тогава, когато е необходимо да се стабилизира икономическият цикъл, да се произведат стоки и услуги, за чието производство няма интерес, да се намалят страничните ефекти при производството и потреблението, да се ускори информационният поток, да се създадат пазарни регулатори на частния сектор и в крайна сметка да се извърши преразпределение на дохода. Следователно, обратно на идеята за „пазар във всичко“ и „ненамесата на държавата“ те водят до провал на предварително декларираните цели за достъпност на една съвременна здравна система. Твърде показателен пример за необходимостта от прилагане на държавност в управлението на една здравна система е американският модел. Съединените щати заемат второ място в света по размера на здравните си разходи (2007 г.), но са на тридесето място по средна продължителност на живот „в добро здраве“ (69 години). Това е пряко доказателство за неефективно проявление на пазарна национална здравна система. И това не е изключение. Дори експертите на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие стигат до извода, че *на обществото може да се наложи да приложи мерки като регулиране на пазара, за да коригира недостатъците в това отношение, а в някои крайни случаи дори да се откаже от пазарната схема в полза на*

*друго разпределение на ресурсите*¹². Особено голямо въздействие върху здравната система има в бедните държави. Световната здравна организация измерва това въздействие чрез критерия „години в добро здраве“ и „средна продължителност на живот“. Статистиката е красноречива – средната продължителност на живот намалява – в Русия от 69 (1990 г.) на 66 (2006 г.), в Украйна от 70 на 67 години и т.н. Същевременно експертите на Световната здравна организация установяват, че при колективна и солидарна закрила общата сума на разходите за здраве е по-малка, отколкото в чисто пазарните модели.

На трето място е структурата на самата здравна система. Отмина времето, когато се строяха огромни болници и в коридорите на тези болници можеше да се срещне цялата гама от Международната статистическа класификация на болестите. В съвременното информационно общество, когато медицинските специалисти (лекари, медицински сестри и т.н.) разполагат със съвременни инструменти за интервенция върху човешкото тяло, все по-често намалява времето на престой в болничните структури. Все по-често се говори за инвазивна хирургия¹³, едnodневна хирургия, за медицинска помощ в рамките на „терапевтичния прозорец“¹⁴. Все по-често се говори, че медицината трябва да достигне до естествената среда на човека и в основата да бъде профилактиката. Високата специализация и все по-голямото прилагане на наукоемка медицина, както и изискванията за огромен финансов ресурс за ефективното прилагане на съвременните технологии, изключва обединяването на едно място на всички лекари в едно здравно заведение. Менеджърите на здравни системи все повече се убеждават, че една съвременна

¹¹ http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_bg.htm

¹² ОИСР, „Achieving better value for money in health care“ (За икономически по-изгодни здравни грижи), Paris, 2009.

¹³ „инвазивна хирургия“ означава безкръвна хирургия.

¹⁴ „терапевтичен прозорец“ – три часа.

здравна система трябва да се базира на мобилност и достъпност във времето и пространството и да обхваща цялата територия, която е призвана да обслужва.

Именно поради тази причина експертите по здравен мениджмънт са разработили един универсален, ключов инструмент за управление на здравни системи, какъвто е Националната здравна карта.

Позовавайки се на гореизложеното, чрез тази статия се предлага един възможен вариант за създаването на работеща (според действащото национално законодателство и достъпните технологии) Национална здравна карта.

Симулативен модел

Основната цел на предлагания модел на Национална здравна карта е да създаде практическа реализация на поставените цели. В модела е заложено задължителното участие на населението във формирането и солидарното разходване на ресурсите. С него се прави опит за разкриване на взаимозависимостите между процесите в системата. Установява се пътят, по който се структурират крайните цели, кой ги формулира и как си взаимодействат отделните елементи в самата система. Основен момент в Симулативния модел е измерването на силните и слабите страни по време на осъществяването на самия процес.

Националната здравна карта в съвременното информационно общество се проявява като основен ключов инструмент за управлението на Националната здравна система. Тя е пресечната точка, където се срещат предварително избраните политики, приоритетите, териториалното геостационаране на отделни човешки популации, оперативните ме-

дицински стандарти и публичните финансови ресурси в съответния годишен национален бюджет (Републикански и на НЗОК). Националната здравна карта визуализира геостационарането на изпълнителите на лечебна дейност, предлагащи и гарантиращи предоставянето на здравни услуги. Тя управлява една постоянно променяща се информация за демографските характеристики на отделните региони, появата и отзвучаването на отделни видове заболявания, капацитетните възможности на здравната система като цяло – персонал, активи, ресурси, мобилност, и всичко това, обединено в един реален паричен ресурс, обоснован на базата на реалния брутен вътрешен продукт, създаден от националната икономика. Технологичното решение за обработване на информацията за всички настъпили промени, свързани със здравната система, и то в реално време, се реализира чрез специализиран програмен продукт. Поради тази причина Националната здравна карта може да се визуализира като програмен продукт, а не като карта, която да се постави на стената.

За да се реализира дадена политика е необходимо предварително да се конкретизират всички управленски инструменти, чрез които ще се постигнат предварително определените цели. Управленските инструменти трябва да се разглеждат като единно цяло. Това цяло трябва предварително да бъде визуализирано чрез модел, в който да бъде посочена връзката (конкретно за здравеопазването) между Националната здравна стратегия, конкретните Стратегически цели, Плана за действие, Националните изпълнителни стандарти, програмните продукти, осигуряващи предаването, обработването на статистическата здравна информация и т.н.

Практическата ценност от изготвянето на Националната здравна карта е в това, че в процеса на нейното изготвяне се разкри-

Ват силните и слабите страни на здравната система, съществуващите потребители и потенциално възможните, които не са били обект на внимание, конкретизират се очакванията от бъдещето и всичко това в контекста на миналото – традиция, финанси, парични потоци и т.н.

За да отговори на изискванията за законосъобразност, икономичност, ефективност, ефикасност и публичност, Националната здравна карта е призвана да реализира избора на средния избирател за развитието на сектора. Основни структуроопределящи инструменти за изпълнението на тези цели са: Националните медицински изпълнителни стандарти, Националните икономически стандарти, Международните (националните) счетоводни стандарти, геостационарането на отделните изпълнители на лечебна дейност и всички те, отнесени към фактора време (златния час). Неразделна част от Националната здравна карта би трябвало да бъдат критериите за оценка на горепосочените изисквания.

Националните медицински изпълнителни стандарти включват в себе си чисто медицинската специфика, обособена в три елемента: структура – процес – резултат. Структурата включва стандартите за устройството, материалните ресурси, оборудването, персонала, професионалната компетентност и обхвата на услуги на ниво обща медицинска практика. Процесът – стандартите за извършваните клинични и неклинични дейности при пациентите (консултации, изследвания, предлагано лечение, превантивни дейности, медицински скрининг, диспансеризация и др.). Резултатите – стандартите за междинните и крайните ефекти върху здравното състояние и удовлетвореността на пациентите и общността от дейността на общата медицинска практика.

Националните икономически стандарти определят разпознаваемите метрики на икономично, ефективно, ефикасно и законосъобразно използване на публичните финансови ресурси.

Международните счетоводни стандарти, гарантиращи всеобхватност и достоверност на счетоводните системи. Използват се принципите – текущо начисляване, действателно предприятие, предпазливост, съпоставимост между приходите и разходите, прегимство на съдържанието пред формата, запазване при възможност на счетоводната политика от предходния отчетен период, независимост на отделните отчетни периоди и стойностна връзка между начален и краен баланс и т.н.

Позовавайки се на отделните специфични ограничители, характерни за всички участници в Националната здравна карта, не може да не се достигне до извода, че НЗК трябва да се изготвя по едно и също време с бюджетната процедура и да бъде със срок на действие, съизмерим с финансиращия бюджет. Паричните потоци са универсален измерител на извършваните действия или бездействия в една система. А освен чисто медицинска, чрез НЗК задължително трябва да се търси и гарантира икономическата и финансова ефективност. За практическата реализация и постигането на търсената ефективност Националната здравна карта трябва да притежава една пространствена, взаимно свързана и разбираема и от не специалистите архитектура. По тази причина тя трябва да бъде разработена, както по хоризонтала, така и по вертикала.

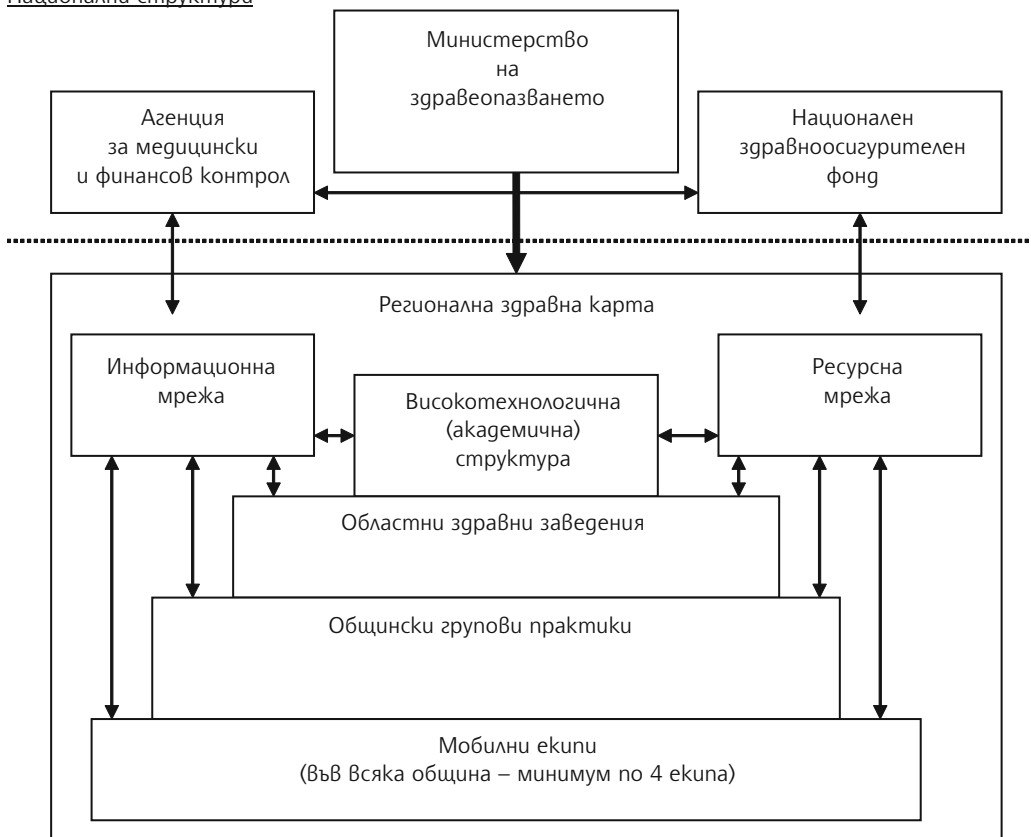
По хоризонталата. Националната здравна карта представлява сбор от Регионалните здравни карти. Тази част на здравната карта обединява цялостната лечебна дей-

ност, която обхваща цялата територия на страната. Организационно здравната система в НЗК е разделена на шест независими здравни региона. Здравните региони съвпадат с шестте икономически региона. При това зонирание не може да не възникне въпросът защо са избрани икономическите региони, а не се прилага принципът на областното зонирание. В случая има поне две причини да се предложи този модел – на първо място, това е Европейската политика за самоуправление на ниво икономически региони, и на второ място, е необходимостта във всеки самостояте-

лен регион (икономически или областен) да има една високотехнологична медицинска структура.

Симулативният модел предвижда във всеки икономически регион да се реализира независима медицинска дейност, покриваща всички здравни дейности, които се осъществяват в страната и се финансират с публични финансови ресурси. Този модел определя пазара на всяко регионално здравно заведение, т.е. лечебните и здравни заведения на съответната територия. Според равнището на своята жизненост, те се разделят на ак-

Национални структури



Регионални структури

Фигура 1. Национална здравна карта (вертикална архитектура)

тивни и спящи¹⁵. Според вида на здравната услуга – на доболнични, болнични, мобилни и академични. Най-малката структура от обществената здравна система е „Медицинското звено“ като медицинска клетка, която е част от мрежовото здравеопазване. Организационно медицинската клетка притежава всичко необходимо за изпълнението на поставените задачи. Основно изискване към тези клетки е те да функционират със собствени ресурси 24-часа в денонощието и 365 дни в годината.

По вертикалата. Националната здравна карта (Виж фигура 1) е структурирана във вид на пирамида. Пирамидата е разделена на две нива – национални и регионални. Националното ниво е съставено от Министерството на здравеопазването, Агенцията за медицински и финансов контрол и Националният здравноосигурителен фонд. В регионалното ниво се включват лечебните и здравни заведения, които осъществяват лечебна дейност.

На върха на пирамидата във всеки икономически регион функционира **Високотехнологична (академична) структура**. Тя предоставя медицински услуги, базира се на върхови технологии, на научните и практически иновации. Това са лечебните заведения, които са задължени, освен да извършват регулярна лечебна дейност, да подготвят кадрите за системата в региона и да внедряват световните постижения на лечебната дейност. Те участват в изготвянето на националните стандарти и са медицински консултанти за региона в реално време.

Вторият ешелон е зает от 28 броя **Интегрирани областни болници (ИОБ)** като

юридическо лице с управителен орган. В интегрираната областна болница са включени – водещата областна болница, болниците (общински) за активно лечение, болниците за долекуване, болниците за рехабилитация и възстановяване, болниците с диспансерни функции и т.н.. Териториално ИОБ е геостационарирана в съставните общини, което, от своя страна, гарантира достъпа до здравни услуги във всичките общини. Интегрираните областни болници са лечебни заведения, регистрирани в Агенцията по вписванията, които извършват единни (консолидирани) счетоводни записвания и изготвят единна консолидирана счетоводна и статистическа отчетност. Интегрираните областни болници лекуват по всички диагнози, заложи в МКБ-10¹⁶, изпълняват функциите на диспансери и на лечебни заведения за долекуване, възстановяване и рехабилитация. Териториално разделените лечебни заведения представляват клонове¹⁷. Неразделна част от структурата и счетоводството на ИОБ са аптечните центрове, които съхраняват стратегическия национален лекарствен резерв и същевременно продават лекарства на краен потребител. Интегрираните областни болници са собственост на държавата и представляват гръбнакът на здравната система, осигуряващ националната здравна сигурност.

Специализираните групови практики са обособени медицински групи (клетки) в болниците. Те са страна по договор с ръководството на Интегрираната областна болница. Болничното заведение от името на държавата предоставя безвъзмездно сгради и оборудване на груповите практики. Специализираните групови практики предоставят

¹⁵ „Спящи“ са лечебни заведения, в които в определен момент не се извършва лечебна дейност, но има готовност за такава.

¹⁶ Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето (МКБ – 10).

¹⁷ Съгласно определение в Закона за ганък добавена стойност

специализирана консултация на Общофункционалните групови практики на територията на съответното болнично заведение.

Общофункционалната групова практика

е лечебно заведение и изпълнява функциите на доболничната помощ. Териториално тя присъства във всяка община. По форма на собственост (на капитала и активите) тя може да бъде общинска, частна и др., но в никакъв случай държавна. Задължително условие за функционирането на този вид практика е да изпълнява медицинската дейност по правилата на Националната здравна карта. По договор, сключен с Министерство на здравеопазването, тя получава достъп до публичния финансов ресурс. Финансовият ресурс за нови активи и тяхното поддържане се осигурява от собственика. Практиката не формира печалба. Общофункционалните групови практики диагностицират и извършват профилактика по целия списък на диагнозите, заложен в МКБ-10. Неразделна част от този вид практики са денталните кабинети. Груповата практика обслужва учебните заведения, производствените предприятия, селскостопанските ферми и другите организации на съответната територия. В този модел здравноосигуреното лице не е прикачено (териториално) към един предварително избран лекар, а има право на достъп до медицинска услуга, позовавайки се на своето право на избор до лекар (лекари) там, където възникне необходимостта от медицинска помощ. С този модел се премахва медицинското закрепостяване.

Мобилните екипи са „медицински клетки“ като елемент от националната здравна мрежа и представляват мобилно лечебно заведение, което чрез своите мобилни единици е длъжно да се отзове на всяко повикване, свързано със здравен проблем на цялата територия на страната, в рамките на „златния час“. Мобилните екипи извършват и чис-

то транспортна дейност за придвижване на пациенти от/до съответните лечебни заведения (хемодиализа). Организационно и счетоводно мобилните екипи са обединени в едно (национално) юридическо лице и обслужват цялата страна с поделения във всеки икономически регион. Мобилните екипи разполагат със стандартни автомобили (линейки), високо проходими реанимобили и медицински хеликоптери. Мобилните екипи са геостационарни на основата на Националната здравна карта. Мобилните екипи не формират печалба.

Ресурсната мрежа (консумативи и лекарства) е съществен елемент от Националната здравна карта. Ресурсите в здравната система, в т.ч. лекарствените средства, са на второ място в разходната част на публичните финанси, отделени за здраве. За нуждите на обществената здравна система е необходимо да се създаде ешелонирана верига от складове, обединена в единна информационна система, която да обслужва цялата здравна система. В тази верига се съхраняват освен оперативния, но и стратегическият ресурс резерв. Тя представлява единно цяло във виртуалното пространство и всеки може да черпи ресурси от тях по всяко време, независимо от тяхното разположение. Ресурсната мрежа е неразделна част от Националната здравна карта.

Окръпняването на управленската структура, съобразена с геостационарането на медицинските специалисти и ресурсните складове (аптеки), създава възможност за унифициране на структурата на материалните активи, което, от своя страна, намалява разходите по тяхната издръжка.

Информационната мрежа е неразделна част от Националната здравна карта. Съвременното управление на здравната система е немислимо без: прилагането на надежд-

ни инструменти за събиране, предаване, управление и съхранение на информацията; управление на системата чрез информационната мрежа; прилагането на съвременните информационни технологии. И когато се говори за Национална здравна карта и информационна мрежа, не може да не се акцентира върху това, което е общо между тях. Това е времето. Основният критерий за ефективност на здравната карта е предоставяне на медицинска помощ в „златния час“. Това изисква информационната мрежа да работи в реално време. Същевременно достъпът до информацията за осъществяваната медицинска дейност, здравният статус на отделния пациент и финансирането на здравната дейност трябва да бъдат съобразени с действащото законодателство и не на последно място със Закона за защита на личните данни, като същевременно се осигурява достатъчно достоверна информация за управление и подобряване нивото на здравните услуги.

Финансирането на Националната здравна карта е неразделна част от цялостното финансиране на здравната система. Финансовият ресурс, постъпващ в здравната система, съществува като публичен и частен. За постигане целите, заложи в Националната здравна карта, е необходимо изрично да се определят специфичните финансови инструменти, които ще се използват за случая. Независимо към коя от двете категории спада определено здравно или лечебно заведение (активни и спящи), то получава пълния договорен финансов ресурс за работа по здравната карта. В модели, каквито са спящите, при които не е налице движение или действие, което да може да се оцени с физични измерители, се прилага принципът на „капитация“¹⁸. За да бъде разпознаваем

за нуждите на Националната здравна карта, може да намери приложение терминът „териториална капитация“. Териториалната капитация гарантира един минимален доход на изпълнителите на лечебна дейност. Този доход в процеса на осъществяваната лечебна дейност се надгражда с допълнителен финансов ресурс като „условия на труд“ и „за дейност“.

За да не се компрометира Националната здравна карта като самостоятелен елемент от практическия инструментариум за реализирането на политиките в здравната система, е необходимо да бъдат споменати, макар и твърде ограничено, и другите управленски инструменти, с които здравната карта действа в екип. Много важен момент при структурирането на всички участници в процеса е предварителното залагане на задължителна кореспонденция със съответните счетоводни стандарти.

Практическата реализация на Националната здравна карта се осъществява чрез **Националната здравна стратегия** (НЗС). Стратегическите цели, като съставна част от НЗС, представляват предварително поставени показатели и задачи, придружени с разчети на гарантираните ресурси (човешки, физически и финансови). Практическата реализация на Стратегическите цели е многогодишна и обикновено покрива управленския мандат на правителството.

Чрез Стратегическите цели се зонира периметъра на действията и се отговаря на въпросите – какво да се направи?; как да се постигне?; с какво да се прави? Стратегическите цели определят посоката на движение на организацията. Реализирайки се във времето, Стратегическите цели ме-

¹⁸ „Капитация“ – произлиза от „капа“ – глава, брой глави, и представлява метод на заплащане на брой записани пациенти при изпълнители на лечебна дейност (лекари).

нят своята ефективност, поради което те може да се актуализират на определени периоди, но не по-малки от една бюджетна година. Промените на целите трябва да се съобразяват с цикличността в изготвянето на бюджета.

Планът за действие е възлов елемент от изготвянето на Националната здравна стратегия и реализацията на Националната здравна карта. Специфичното при него е, че той се изготвя отдолу нагоре, за всяка стратегическа цел поотделно. Всяко структурно звено на основата на предварителен макет намира своето място в нейното изпълнение и изготвя своя план за действие. Обединяването на всички структурни планове за действие се осъществява в План за действие на Стратегическата цел. Ако не се изпълни условието Обединеният план за действие да бъде сума от отделни структурни планове за действие, то още при изготвянето му Стратегическата цел се обрича на невъзможна реализация.

За да се управлява една система, предварително трябва да се намери алгоритъмът на взаимодействие между отделните елементи, съобразен с външните фактори, оказващи влияние върху процесите и проявлението в самата система. Същевременно, за да бъде работещ един алгоритъм, е необходимо предварително да се конкретизират съответните метрики за измерване на неговото прилагане. Това се постига чрез балансирана система от показатели.

Балансираната система от показатели за ефективност (BSc) е нова съвременна система, която постепенно си пробива път. Тя превръща отделните показатели от инструменти за оценка и анализи в инструмент за управление на здравната система в

съвременната информационна епоха. Балансираната система от показатели (BSc) награжда финансовите параметри, използвани за нуждите на финансовия анализ, с метрики, които в ръцете на съвременния мениджър са достатъчно силен инструмент за управление и движение в бъдещето. За първи път в нея се отчита влиянието освен на финансовите параметри, които обслужват нуждите на външни контрагенти (например данъчната администрация и банките), но и на нефинансовите параметри и процеси, насочени към самата здравна система.

Националната здравна стратегия, планът за действие, балансираната система от показатели за ефективност (BSc), Националните медицински изпълнителни стандарти, Международната статистическа квалификация на болестите (МКБ-10), както и публичният финансов ресурс, финансиращ здравната система, намират своето проявление и реализация чрез Националната здравна карта. Това е гаранция за *„предоставянето на здравно обслужване в съответствие с принципите на всеобщ достъп, солидарност, ценова достъпност, равна териториална достъпност и демократичен контрол“*¹⁹.

Заклучение

1. Националната здравна карта представлява пространствена структура (мрежа), съставена от медицински заведения (клетки), предоставящи здравни услуги, изработена по предварително зададен (законов) алгоритъм, с обхват цялата територия на страната. Мрежовата структура работи в симбиоза с информационното общество, което не може да си представи извършването на каквато и да е дейност без обработване на информацията в реално време.

¹⁹ Европейски парламент, Комисия по околна среда, обществено здраве и безопасност на храните, А6-0233/2009.

2. Националната здравна карта (по хоризонтала и по вертикала) е проявление на материалните и нематериалните активи, както и на действащото законодателство. Затова тя трябва да се разглежда не само като инструмент за постигането на предварително определените цели, а и като елемент от причинно-следствената връзка между компонентите на Мисията, Стратегическите цели, Плана за действие, Балансираната система от показатели за ефективност (BSc), ресурсната и информационните мрежи, Национални изпълнителни стандарти и програмните продукти.

3. Националната здравна карта като инструмент на съвременното информационно общество е гарант за *„предоставянето на здравно обслужване в съответствие с принципите на всеобщ достъп, солидарност, ценова достъпност, равна териториална достъпност и демократичен контрол“*.

Литература

1. Браун, С., П. Джаксън, Икономика на публичния сектор – адаптиран вариант от Георги Манлиев, С., 1998.
2. Дракър, П., Менеджмънт предизвикателствата през XXI век, издателство „Класика и Стил“ ООД, С., 2005.
3. Каплан, Р., Д. Нортън, „Балансирана система от показатели за ефективност“, издателство „Класика и Стил“ ООД, С., 2005.
4. Кастелс, М., Възходът на мрежовото общество, 1 ИК „ЛИК“ , Том I, С., 2004.
5. Харвард бизнес есенщъл „Стратегия“ , издателство „Класика и Стил“ ООД, С., 2008.
6. Kaplan, R., D. P. Norton, „THE STRATEGY-FOCUSED Organization“ Harvard business school press, Boston, Massachusetts 1992. **ИИ**