

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY BULGÁRIA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

Tartalom

Gazdasági-politikai háttér	2
Demográfia	2
Az egészségügyi rendszer jellemzői	3
Finanszírozás	3
Egészségügyi szolgáltatások	5
Egészségügyi dolgozók	8
Minőségügy	8
e-egészségügy	8
Egészségügyi reformok	8
Források	10

Gazdasági-politikai háttér

Alapvető gazdasági indikátorok (Eurostat):

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2010: 0,4 százalék

2011: 1,8 százalék

2012: 0,8 százalék

2013: 0,9 százalék (előrejelzés)

2014: 1,7 százalék (előrejelzés)

Inflációs ráta, százalék, 2012: 2,4

Munkanélküliségi ráta, százalék, 2012: 12,6

Államháztartási egyenleg a GDP százalékában: -0,8

Államadósság a GDP százalékában, 2012: 18,5

Az Európai Unióhoz való csatlakozás idején Bulgáriát gazdasági növekedés jellemezte. A GDP növekedési rátája a 2006-2008-as időszakban meghaladta a hat százalékot, fokozódott a tőkebeáramlás, az ország gazdasága vonzóvá vált a külföldi beruházók számára. Az átfogó gazdasági válság azonban visszaesést jelentett, csökkent az ipari termelés, a tőkebeáramlás és az exporttevékenység. 2009-ben a GDP 5,5 százalékos csökkenést mutatott, majd 0,4 százalékon stagnált, és a 2011-ben jelentkező enyhe növekedés (1,8 százalék) után 2012-ben egy százalék körül alakult. A költségvetési hiány 2012-ben a GDP 0,8 százaléka. A munkanélküliség 2012-ben 12,6 százalék.

Az ország államformája parlamentáris köztársaság, élén a 240 tagú, egykamarás Országgyűlés (Narodno Sabranie) áll. A képviselők mandátuma 4 évre szól. A 2013. május 12-én tartott választásokon a legtöbb szavazatot a Polgárok Bulgária Európai Fejlődéséért (GERB) elnevezésű jobbközép párt nyerte el, de mivel nem volt esélye a koalícióra lépésre, a szocialista párt, mely a szavazati eredmények tekintetében a második helyen végzett, kapott felkérést koalíciós kormányalakításra. Miniszterelnöke Plamen Oresarszki, köztársasági elnöke Roszen Plevneliev.

Demográfia

Bulgária lakossága 2012-ben 7 401 ezer fő volt. (WHO HFA). 2000-ben az ország még több mint 8 millió lakossal rendelkezett, de a lakosság elöregedése, a születések stagnáló száma, a magas halálozás és a migráció következtében 2011-ig folyamatos csökkenés volt tapasztalható, csak 2012-ben jelentkezett újra növekedés. 2011-ben az élveszületések rátája 1000 főre számítva 9,64 volt, a nyers halálozási mutató 14,73; a termékenységi ráta 1,51. 2011-ben a születéskor várható átlagos élettartam férfiaknál 70,8, nőknél 77,9 év volt. A csecsemőhalálozás 2011-ben 1000 élveszületésre számítva 8,5, az anyai halálozás aránya 2,8/100 000.(WHO HFA)

Az ezredforduló óta a vezető halálokokat a keringési rendszer betegségei, a daganatos megbetegedések és a légúti diagnózisok képezik. A keringési rendszer betegségei bár 2010 óta csökkenő tendenciát jeleztek, 2011-ben így is a halálesetek több mint felét okozták (59,19). A daganatos betegségek képezik a második leggyakoribb halálokot (15,6 százalék). A daganatos

megbetegedések közül is a légzőszervi (3,61 százalék) és az emésztőrendszeri problémák (3,16 százalék) idézik elő a legtöbb halálesetet. 2011-ben 2172 új tuberkulózis megbetegedés fordult elő, a tbc incidenciája 29,56 százalék volt. Ugyanebben az évben 40 új AIDS megbetegedést diagnosztizáltak, így a betegség incidenciáját 0,54/100 000-es érték jellemezte (WHO HFA)

A lakosság egészségi állapotát veszélyeztető egyik legfontosabb rizikó faktor a dohányzás. 2007-ben a dohányzás prevalenciája a 15 évesnél idősebb lakosság körében 47 százalék volt a férfiak és 33 százalék a nők esetében. Már a 13-15 éves korosztályban rendkívül magasak ezek az értékek (26 százalék a fiatal fiúknál és 32 százalék a lányoknál). 2011-ben a dohányzásra visszavezethető halálozás 426/100 ezer esetben fordult elő a férfiak és 230,1/100 ezer esetben a nőknél.

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Bulgária egészségügyi rendszere az 1998-as Egészségbiztosítási Törvény életbe lépése óta kötelező egészségbiztosításon alapul.

Az Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe tartozik az egészségpolitikai döntések meghozatala és az egészségügyi rendszer átfogó irányítása. Az aktuális egészségpolitikai prioritásokat a minisztérium a 2008-2013-as időszakra vonatkozó Országos Egészségügyi Stratégia keretein belül határozta meg. Az egészségpolitikai intézkedések regionális szintű végrehajtása a regionális egészségügyi felügyeleti szervek hatáskörébe tartozik.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2010-ben 6,9 százalék volt (WHO HFA-becslés). Az egy főre jutó egészségügyi kiadás vásárlóerő-paritáson számítva 2011-ben 1064 US\$.

Forrásgyűjtés

Az egészségügyi kiadások finanszírozását 54,5 százalékban az állami szektor állja, a magánkiadások aránya (2010-ben 44 százalék) növekvő tendenciájú volt, és ezen belül az out-of-pocket kiadások 87 százalékot tettek ki.

Az országban a magánkiadások közvetlen kifizetésekből, önkéntes egészségbiztosítási kiadásokból, a nonprofit intézmények és a kereskedelmi szervezetek kifizetéseiből állnak.

A betegeknek co-payment-et kell fizetniük orvosi, fogorvosi konzultáció, laboratóriumi vizsgálatok, bizonyos gyógyszerek, valamint a fekvőbeteg-ellátás NHIF fedezetén kívül eső szolgáltatásai esetében. Ezek - az egészségbiztosítás által történő finanszírozással egy időben bevezetett és közvetlenül a szolgáltatóknak fizetendő – díjak a havi minimálbér alapján kerültek meghatározásra, annak egy százalékát teszik ki a járóbeteg-ellátó-központok felkeresése, illetve két százalékát a 10 napot meg nem haladó fekvőbeteg-ellátás kórházi napjai után. Hosszabb idejű fekvőbeteg-ellátás esetén a 10. kórházi nap utáni ellátás térítésmentes. A co-payment alól bizonyos lakossági csoportok mentességet élveznek: gyermekek, krónikus betegek, várandós anyák, munkanélküliek, szociálisan rászorultak.

Egy másik költségmegosztási forma a kórházakban érvényesül, ahol a betegek extra díjat fizetnek a kényelmi szolgáltatásokért vagy egy orvos/csoport kiválasztásáért. Mivel 2010-ben nagy eltérések jelentkeztek az ilyen jellegű költségekben, intézkedés született a díjtételek maximálására.

A közvetlen lakossági kifizetések (pl. szakorvos beutaló nélküli felkeresésére vagy a várakozási idő csökkentésére irányuló kifizetés) jelentős része informális kifizetés. A kórházi ellátás során pl. a gyógyszerekért teljesített egyéni kifizetések szintén informálisnak minősülnek.

Bulgáriában az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (NHIF) tevékenységét az 1998-as Egészségbiztosítási Törvény szabályozza. A NHIF 1999 márciusában önálló állami intézményként jött létre, költségvetése elkülönül az állami költségvetéstől, az Országgyűlés évente szavazza meg. Hiány esetén állami támogatásban részesül. 28 regionális pénztár tartozik az irányítása alá. Az Egészségbiztosítási Törvény értelmében a NHIF és az egészségügyi szolgáltatók közötti finanszírozási kérdésekről két szinten folynak tárgyalások: országos szinten a NHIF és az orvosok és a fogorvosok szakmai szervezetei Országos Kerettersvet írnak alá, amely az egészségbiztosítási rendszer működési folyamatait szabályozza. A kerettersvetben meghatározott feltételek szerint a szolgáltatókkal a NHIF regionális hivatalai szerződnek.

Szerződés hiányában a szolgáltató tevékenysége nem esik térítés alá. A biztosítottak szabadon választhatnak a biztosítóval szerződésben álló szolgáltatók – szakemberek és egészségügyi intézmények – közül, függetlenül tulajdonviszonyaiktól, illetve földrajzi elhelyezkedésüktől (a szakorvosok beutaló nélküli felkeresése viszont az ellátás költségeinek viselését vonja maga után, amit az önkéntes magánbiztosítás téríthet).

A biztosítási járulékokat az adót is beszedő Országos Bevételi Ügynökség 28 részlege gyűjti be, és havonta utalja át a NHIF számára. A járulékok elkülönített pénzalapként kizárólag a lakosság egészségügyi ellátására fordíthatóak. A járulékok aránya a havi jövedelem nyolc százaléka, melyet a munkáltatók és a munkavállalók 60-40 százalékos megosztásban fizetnek. Az önálló vállalkozók szintén nyolc százalékot fizetnek, illetve a járulék finanszírozása bizonyos lakosságcsoporthok (nyugdíjasok, kiskorú vagy alacsony jövedelmű állampolgárok) esetén központi költségvetésből történik.

A lakosság számára a kötelező egészségbiztosítás keretében garantált szolgáltatási csomagot a NHIF irányítása alatt álló 28 regionális egészségbiztosítási pénztár biztosítja. Kezdetben a csomag csak a járóbeteg ellátás szolgáltatásait tartalmazta, 2001-től azonban a fekvőbeteg ellátás meghatározott szolgáltatásaira is kiterjedt. 2005-től gyakorlatilag teljessé vált a fekvőbeteg ellátás biztosító általi finanszírozása, maradtak azonban kivételek, pl. fekvőbeteg mentális ellátás, HIV betegek fekvőbeteg ellátása. A népegészségügyi szolgáltatásokat, a fekvőbeteg mentális ellátást, a mentést, az IVF-et, a transzplantációkat, TBC-s betegek ellátását állami költségvetésből finanszírozzák. Az alapsomag az alapellátás, járóbeteg szakellátás, laboratóriumok által nyújtandó szolgáltatások mellett a kórházi szolgáltatásokban 298 klinikai betegutat tartalmaz. Bár a közfinanszírozott szolgáltatások köre széles, mégsem tekinthető teljesnek, mivel nem terjed ki pl. az idős betegek krónikus ellátására, a munkaegészségügyi ellátásra vagy az alternatív gyógymódokra. Az előre tervezett szolgáltatások más országban való igénybevétele és ennek finanszírozása a NHIF előzetes engedélyéhez kötött.

Az alapsomagon kívül eső szolgáltatásokra a lakosok magánbiztosítást köthetnek. Az önkéntes biztosítás kiegészítő jellegű, bejegyzett, az Egészségbiztosítási Törvény engedélyével rendelkező profitorientált részvénytársaságok nyújtják. A magánbiztosítás fedezetet jelenthet az állami szolgáltatások igénybevétele esetén fizetendő co-payment-re is, különösen a kórházi és a fogászati ellátás, valamint a gyógyszerek esetében. A magánbiztosítás aránya a magánkiadásokon belül marginális, 2010-ben a lakosság kevesebb, mint három százaléka rendelkezett magánbiztosítással.

Forrásallokáció

A házi orvosok szolgáltatásait főként fejkvóta alapján finanszírozzák. A fejkvóta értéke az orvoshoz tartozó lakosok korcsoportjai szerint változó. A házi orvosok kiegészítő díjazásban részesülnek, ha betegségmegelőző tevékenységet is folytatnak vagy az ország egy távol eső vagy gyenge infrastruktúrájú vidékén nyújtanak egészségügyi szolgáltatásokat.

Az ambuláns szakellátás és a laboratóriumi vizsgálatok – szolgáltatások szerinti díjazásban részesülnek.

A kórházak főként „klinikai betegutak”-nak nevezett esetalapú finanszírozásban részesülnek. A betegút szerinti átalány 2001-es bevezetése az Országos Keretszerződés részeként történt meg. A klinikai betegutak száma 2006-ra fokozatosan 298-ra emelkedett, és számuk ezen a szinten maradt 2010-ben is. A klinikai betegút átalányának kalkulációját a betegnek nyújtott orvosi szolgáltatások költségei, valamint azon költségek alapján végzik, melyek a beteg kórházi ellátása, a számára nyújtott kiegészítő szolgáltatások, vagy a beteg ideiglenes rokkantsága idején merültek fel, a beteg kórházi ellátása utáni két ambuláns vizsgálatig és konzultációig. A klinikai betegutakat a NHIF alakítja ki. A betegutak rátái a NHIF és a Bolgár Orvosegyesület közötti tárgyalások tárgyát képezik. Bizonyos klinikai betegutak díjainak kiegészítéseként, a kórházak egészségügyi segédeszközökért (kocleáris implantátumok, kardiológiai eszközök) is részesülnek díjazásban.

Egészségügyi szolgáltatások

Népegészségügy

2013-ban, Bulgária Egészségügyi Minisztériuma országos programot fogadott el a nem fertőző krónikus betegségek megelőzésére a 2014-2020-as időszakban. 2010-ben a krónikus betegségek a lakosság halálzásának 80 százalékát tették ki. A program a szívérrendszeri problémák, a rosszindulatú daganatos betegségek, a krónikus tüdőbetegség és a cukorbetegség által okozott korai halálozás csökkentését tűzte ki célul. Négy fő tényezője: a kockázati tényezők visszaszorítása, a korai diagnosztizálás megvalósítása, a betegségek felmérése és monitorozása, valamint a hatékony nemzetközi együttműködésben való részvétel. A programot az Egészségügyi Minisztérium finanszírozza, és az Országos Programhivatal tesz lépéseket megvalósítására széles körű minisztériumközi részvétellel. 2013-ban indult az Öngyilkosságok Profilaxisát célul kitűző három éves Országos Program is, amely kidolgozását és elindítását az öngyilkosságok incidenciájának a lakosság körében jelentkező aggasztó mértékű növekedése indokolta.

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Bulgáriában az Egészségügyi Intézményekre vonatkozó Törvény előírja az ambuláns ellátás és a fekvőbeteg-ellátás szétválasztását. Jelenleg alap- és szakellátást a szolgáltatók széles köre nyújt: házi orvosok, szakorvosi praxisok, orvosközpontok, laboratóriumok és gondozóotthonok.

Az önálló vagy csoportos magánpraxisokban dolgozó házi orvosok a NHIF-fel állnak szerződésben, kapuéri szerepük révén a betegek csak az ő beutalójukkal részesülhetnek ambuláns szakellátásban vagy kórházi kezelésekből. (A házi orvosok által adható beutalók számát az NHIF regionális irodái az orvosok számára –figyelemmel a hozzájuk tartozó lakosságszámra és a korábbi időszak gyakorlatára – havonta limitálják.) A lakosok szabadon választhatnak házi orvost és évente kétszer módosíthatják választásukat. 2007-ben a lakosság 87 százalékának volt házi orvosa. 2010-ben 4761 házi orvos dolgozott az országban, arányuk 100 000 főre/63,2 volt. Az orvosok száma csökkenő tendenciájú, és

mivel egyenlőtlen a különböző földrajzi területek orvosellátottsága, így bizonyos helyeken orvoshiány tapasztalható.

A járóbeteg szakellátás egyéni vagy csoportos szakorvosi magánpraxisokban (számuk 2009-ben 3200 körüli), legalább három orvossal/fogorvossal rendelkező orvosi és orvosi-fogorvosi központokban (számuk 2009-ben 620), legalább tíz orvossal és laboratóriumi, illetve röntgen-diagnosztikai részleggel rendelkező diagnosztikai-konzultatív központokban (számuk 2009-ben 115), diagnosztikai laboratóriumokban történik. A domináns magánpraxisok száma csökkenő, az orvosi központoké növekvő. A többségükben a magánszektorhoz tartozó intézmények a NHIF-fel szerződve nyújtanak közfinanszírozott ellátást. (A diagnosztikai konzultatív központok a korábbi poliklinikákból alakultak, és önkormányzati tulajdonban vannak.)

Fekvőbeteg-ellátás

Az Egészségügyi Intézményekre vonatkozó 1999-es Törvény értelmében Bulgária kórházai legalább két speciális részleggel rendelkező többprofilú intézmények vagy szakkórházak, melyek pl. nőgyógyászati ellátásra, sebészetre, gyermekgyógyászatra vagy pszichiátriára szakosodnak. Az egyetemi kórházak az ország négy orvosi egyeteméhez kapcsolódva működnek.

Az ország kórházai országos, regionális és helyi kórházakra oszlanak. Az országos kórházak azoknak a betegeknek nyújtanak nagyobb műszerezettséget igénylő szakellátást, akik helyi vagy regionális szinten nem kezelhetőek. A regionális központokban működő regionális kórházak tevékenysége szinte minden szakterületre kiterjed, és azon esetek számára biztosít szolgáltatásokat, melyek helyi szinten nem láthatók el. A regionális kórházaknak 24 órás ügyeletet kell tartaniuk, és klinikai patológiai részleggel, transfúziós részleggel és törvényszéki orvostani részleggel kell rendelkezniük. A helyi kórházak, melyek kisebb városokban találhatóak, többprofilúak vagy bizonyos szakterületre specializálódnak, és általában több, az alapvető fontosságú szakterületek (gyermekgyógyászat, szülészet-nőgyógyászat, belgyógyászat, neurológia, általános sebészet és fizioterápia) szolgáltatásait biztosító osztállyal rendelkeznek.

Az országos intézmények állami tulajdonban állnak, a regionális kórházak 51 százalékban állami és 49 százalékban önkormányzati tulajdonúak, a helyi kórházak pedig önkormányzati tulajdont képeznek. Az országban 2010-ben 346 kórház működött, a kórházi ágyak száma ugyanebben az évben 48 934, aránya 6,49/1000 lakos.

Az utóbbi években a magánkórházak száma jelentősen emelkedett, 2009-ben a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmények 30,4 százaléka a magánszektorhoz tartozott. A magánkórházak többségükben sebészeti, szemészeti, szülészet-nőgyógyászati és ortopédiai ellátásra szakosodtak. 2009-ben az ország 93 magánkórháza összesen 5292 ágygal rendelkezett.

Jelenleg a kórházak többsége aktív ellátást nyújtó kórház, a krónikus kórházak és ágyak száma nem elegendő. Tervek már egy ideje készülnek a kórházak átalakítására, a megvalósítás hiánya képezi az egészségügyi ellátás egyik legfőbb és továbbra is megoldatlan problémáját.

Sok kórház épülete és felszereltsége nem megfelelő, és számos kórház komoly adósságot is felhalmozott az utóbbi években. Az állami szektor előtt álló kihívás a beruházások hiányának és a szakemberhiánynak a megoldása.

2011 februárjában a kapacitásokra új Országos Egészségügyi Térkép készült. Ez hivatott meghatározni a szolgáltatók minimális és maximális számát, melyek esetében ajánlott a NHIF számára a szerződéskötés, illetve azoknak a kórházaknak a jegyzékét, melyek esetében a NHIF-nek szerződéskötési kötelezettsége van. Ez utóbbi kórházak 100 százalékos vagy 51 százalékos állami

tulajdonban vannak. 2011-ben a szerződéskötési kritériumok nem eléggé körvonalazott volta miatt, a NHIF a térkép által tartalmazott korlátok ellenére minden olyan intézménnyel szerződést kötött, melyek teljesítették az Országos Keretszerződés követelményeit. Bár az Országos Egészségügyi Térkép az állami kiadások visszafogásának szükséges eszköze, megszorításai nehezítik a szolgáltatások elérhetőségét.

Rehabilitáció és hosszú távú ellátás

Rehabilitációt és fizioterápiás kezeléseket egyéni vagy csoportpraxisok, egészségügyi központok és a többprofilú kórházak erre szakosodott osztályai vagy a rehabilitációval foglalkozó szakkórházak végeznek. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a járóbeteg-ellátás keretében folytatott rehabilitációs kezeléseket többségére fedezetet nyújt a háziorvosi vagy szakorvosi beutalóval érkező betegek számára.

Az ambuláns ellátás keretében a betegek manuálterápiában, gyógytornában, termoterápiában gyógyfürdőkezelésben és elektromágneses hullámterápiában részesülhetnek.

2013-ban 5178 ágyon nyújtottak rehabilitációs ellátást. Az ágyak többsége rehabilitációs szakkórházakban található. (National Center of Public Health and Analyses) A kórházi ellátás mellett számos intézményben szakorvosi irányítással, szállodai körülmények között folyik rehabilitáció és gyógyfürdőkezelés.

A betegek hosszú távú ellátása intézményi és otthoni ellátásban történik. Egyes szolgáltatások költségeit az állam finanszírozza, másokéhoz az önkormányzatok nyújtanak támogatást, illetve bizonyos esetekben a költségeket a beteg családja állja.

Az intézményi ellátásba folyamatos és hosszú távú ellátást nyújtó kórházak, egészségügyi-szociális központok és különböző típusú otthonok tartoznak. 2013-ban 1007 kórházi ágy szolgált hosszú távú ellátási célokat. A több-profilú kórházak gyermekek, illetve felnőttek hosszú távú ellátására szakosodó részlegeket működtetnek.

Az egészségügyi-szociális ellátással foglalkozó központok egészségügyi személyzete folyamatos egészségügyi megfigyelés alatt tartja a betegeket, és speciális ellátást nyújt életkortól függetlenül a krónikus és az egészségügyi és szociális problémákkal küzdő betegek számára. Az otthonok az állam vagy az önkormányzatok tulajdonában állnak vagy a magánszektorhoz tartoznak. A többnyire magánkézben lévő gondozóotthonok a fogyatékkal élő felnőttek vagy a krónikus betegek számára is nyújthatnak ellátást.

Gyógyszerek

Az Országos Keretszerződés az EU szabályozásnak és a WHO alapvető gyógyszereket tartalmazó listájának megfelelő pozitív listát állított fel az egészségbiztosítás fedezetében részesülő gyógyszerekről, a gyógyszer-támogatás a NHIF költségvetésétől függ. A pozitív listán főként a társadalmi szempontból fontos, országos prioritást képező gyógyszerek szerepelnek a releváns nemzetközi elnevezésekkel, és a jegyzék tartalmazza az előírt napi adagolást, ennek referencia értékét és a referencia árat.

A vényköteles gyógyszerek forgalmazására csak a patikák jogosultak, a nem receptköteles szerek a Bolgár Gyógyszerügynökség által nyilvántartott illatszerboltokban is beszerezhetőek. A gyógyszerekre az egészségbiztosítás teljes vagy részleges fedezetet nyújt. Az állami költségvetés finanszírozza az onkológiai, a transzplantált, vagy dialízisben részesülő betegek gyógyszereit, illetve bizonyos fertőző betegségek (pl. TBC) gyógyszerelését. Egy minisztériumi bizottság állítja össze a pozitív listát, és

határozza meg, hogy mely gyógyszerekre érvényes az egészségbiztosítás fedezete, illetve az állami költségvetés támogatása. A pozitív listán szereplő termék gyári árának kalkulációja nyolc, az összehasonlításban kulcsfontosságú szerepet játszó EU-tagország (Románia, Franciaország, Észtország, Görögország, Szlovákia, Litvánia, Portugália és Spanyolország) és öt további EU tagország (Belgium, a Cseh Köztársaság, Lengyelország, Lettország és Magyarország) nemzetközi árösszehasonlításán alapul. Ezeknek az országoknak a legalacsonyabb ára kerül gyári árként meghatározásra Bulgáriában.

A támogatás meghatározásához általában referencia árat használnak. Az Egészségügyi Minisztérium határozza meg a nagykereskedők és a gyógyszerárak árrését, mely függ a gyógyszer csomagonkénti gyártói vagy importálói áratól, és összességében 24-31 százalék között mozog. A nem vényköteles gyógyszerek esetében csak a gyártó vagy az importáló által javasolt maximált kiskereskedelmi árat alkalmazzák.

A közforgalmú patikák többsége magántulajdonban van.

Egészségügyi dolgozók

2010-ben 27 963 orvos dolgozott az országban, 100 ezer lakosra jutó arányuk 371,14 volt. A háziorvosok száma ugyanakkor 4761 (100 ezer lakosra számítva 63,2). A háziorvosok hiánya különösen a vidéki területeken okoz problémát, egyes falvakban csak hetente egyszer vagy kétszer van háziorvosi rendelés. A szakorvosok területi eloszlása változó. Többségük a regionális központokban és a fővárosban dolgozik, ugyanakkor a vidéki területeken a szakorvosi ellátás kevésbé elérhető. A fogorvosok száma 2010-ben 6389, arányuk 84,8/100 000 volt, az ápolónők száma 35 033, 100 000 lakosra jutó rátájuk 464,9/100 000, ami nem sokkal haladja meg az orvosok lakosságához viszonyított arányát, így jelentős ápolónőhiányt tükröz.

Minőségügy

Bulgáriában jelenleg nem működik olyan minőségirányítási rendszer, mely hiteles minőségindikátor-készlettel és ellenőrző rendszerrel járulna hozzá a folyamatos minőségfejlesztéshez. Az egészségügyi szolgáltatások kimenetelének és az ellátás minőségének elemzését a kulcsfontosságú indikátorokkal kapcsolatos adatok hiánya akadályozza országos és szervezeti szinten egyaránt. E miatt az egészségügyi szolgáltatások minőségének nemzetközi összehasonlítása nem tartalmaz különösebb értékelést Bulgária helyzetéről. Ilyen adatok csak a betegségmegelőzéssel kapcsolatban érhetőek el.

e-egészségügy

2006-ban országos e-health stratégiát fogadtak el, és az egészségügyi adatforgalomra (DocFlow) egyöntetű IT-rendszert vezettek be, de országos szinten egyelőre még nem valósult meg az elektronikus adatcsere. Az e-health stratégia pénzügyi forrásai az állami költségvetésen, az európai fejlesztési projekteken, valamint az állami-privát partnerségeken és adományokon alapulnak.

Egészségügyi reformok

Bulgáriában a fontosabb egészségügyi mutatók messze elmaradtak az Európai Unió átlagától. Az állampolgárok és az egészségügyi szakemberek egyaránt elégedetlenek az egészségügyi rendszerrel.

Bár az egészségügyi kiadások az egészségbiztosítási modell bevezetése óta közel háromszorosára nőttek, a rendszerben továbbra is pénzügyi erőforráshiány tapasztalható, és minden szinten nagy egyenlőtlenségek jelentkeznek.

A pénzügyi védelem nem megfelelő és a terhek megoszlása egyenlőtlen. A lakosságnak nyújtott szolgáltatások minőségük és elérhetőségük szempontjából jelentős eltérést mutatnak a különböző régiókban.

Bulgária egészségügyének aktuális fejlesztési irányait a 2008-2013-as Országos Egészségügyi Stratégia határozza meg.

A 2008-2013-as Országos Egészségügyi Stratégia célkitűzései:

- az egészségmegőrzés és a betegségmegelőzés feltételeinek biztosítása,
- magasabb színvonalú és könnyebben elérhető egészségügyi szolgáltatások nyújtása,
- a járóbeteg-ellátás javítása,
- a kórházak irányításának hatékonyabbá tétele,
- a lakosság igényeknek megfelelő gyógyszerellátása és egészségügyi termékellátása,
- humán erőforrás-fejlesztés,
- az egészségügyi elektronikus adatcsere integrált rendszerének kialakítása,
- az egészségügyi rendszer pénzügyi stabilitásának biztosítása,
- hatékony tagsági szerepvállalás az Európai Unióban.

A stratégia számos egészségmegőrzéssel kapcsolatos célkitűzést tartalmaz. Az országban az egészséges életmód előmozdítására programokat indítottak, továbbképzést tartottak az egészségügyi szakemberek számára, és felmérték a lakosság egészségmegőrzéssel kapcsolatos ismereteit. Országos szinten az egészségmegőrzést az Egészségügyi Minisztérium Népegészségügyi Főosztálya felügyeli, regionális szinten a tevékenységeket a Regionális Egészségügyi Felügyelet koordinálja. Az erőfeszítések ellenére sem sikerült megfelelő eredményeket elérni az egészségmegőrzésben. A lakosság egészségi állapotát veszélyeztető tényezők között továbbra is nagyon komoly problémát jelent a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az egészségtelen táplálkozás.

Az egészségügyi rendszer szervezeti kérdéseit illetően, a kormány elsősorban a kórházi szektorban hozandó változásokra összpontosít. Célkitűzései közé tartozik a kórházi hálózat átalakítása a kórházak egyesítésével és nagy kórházkomplexumok felállításával, az állami kórházak jogállásának megváltoztatása, a kórházfinanszírozás módszereinek javítása.

Az egészségügyi miniszter 2011-es bejelentése szerint, az elektronikus egészségügyi adatok bevezetése későbbi időpontban fog megvalósulni, és az elektronikus adatcsere integrált rendszerének kiépítésére 2020 előtt nem nyílik lehetőség.

A 2014-2020-as Országos Egészségügyi Stratégia 2013 nyarán nyilvánossá vált tervezete a következő három évre nem helyez kilátásba egészségügyi reformlépéseket. A tervezet szerint, a kormány csökkenteni fogja az egészségügy finanszírozását. Az egyedüli előrelépést hozó intézkedés az, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ígéretet tett arra, hogy nem fog együttműködni olyan kórházakkal, melyek nem teljesítik az Európai Unió minőségi követelményeit¹.

¹ FOCUS News Agency

Források

- Eurostat:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/structural_indicators/indicators/economical_context
- FOCUS News Agency: National Healthcare Strategy 2014 – 2020 draft proposes no reforms at all, 20 August 2013 <http://www.focus-fen.net/index.php?id=n313099>
- Health Systems in Transition, Health system review, Bulgaria, 2012. European Observatory on Health Systems and Policies
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/169314/E96624.pdf
- National Center of Public Health and Analyses: <http://ncphp.government.bg/en>
- WHO Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe. Updated: 2013