

# **АНАЛИЗ НА СЕГАШНАТА СИТУАЦИЯТА НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ В ДОЛЖ / ВРАЦА**

## **ГЛАВА 1 НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СИСТЕМА**

### **1.1. Кратко описание на здравната система в Румъния**

Медицинските осигуровки е основната цел на здравната система. Основните цели са постигане здравеопазване на високо ниво и справедливо разпределение на здравните услуги.

Една здравна система трябва да отговаря на очакванията на населението, което предполага уважение към индивида (автономия и поверителност) и ориентиране на клиента (бързи услуги и качество на техниката).

След 1989г. Румъния е започнала реформи на своята централизирана фискална система. Промените, въведени през първото десетилетие след Революцията, бяха подсилени и задълбочени от Закона за здравното осигуряване от 1997г. и от Закона за здравната реформа от 2006г. Целта на реформата бе да се създаде децентрализирана и плуралистична система за социално здравно осигуряване, в която гражданите да допринасят на базата на доходите си към здравноосигурителните фондове, за закупуване на услуги от доставчиците на здравни услуги на пазар, на който качеството и безопасността биха били внимателно регулирани от независим орган. Дори ако е постигнат значителен напредък в насочването на системата към тази визия, много от характеристиките на старата система продължават да съществуват и някои жизненоважни възможности не са създадени, за да позволят на новата система да функционира ефективно. Теоретично, основната отговорност на Министерството на здравеопазването е да се разработят национални здравни политики, да се регулира здравния сектор, да се установят организационни и функционални стандарти и да се подобри общественото здраве. Румънската здравна инфраструктура и системата за предоставяне на услуги обаче не са адаптирани към съвременните технологии и не отговарят на медицинските нужди на населението. Капацитетът за първична помощ е лошо използван и разпределен неравномерно. Повечето услуги се предоставят в болници. Въпреки че някои болници са модернизирани и са разработени звена за спешна медицинска помощ, все още има значителни несъответствия в предоставянето на услуги. Финансирането на медицинските услуги (под формата на дял от БВП) е един от най-ниските в региона на Европейския съюз, а най-високите разходи са регистрирани в болнична помощ. Налице е остър недостиг на лекари и медицински сестри, особено в болничния сектор.

Секторът на здравеопазването се основава на инфраструктура, създадена преди 50-60 години, когато нуждата от медицински услуги се различава от

сегашната реалност. Болничната мрежа често е разпокъсана (много болници се състоят от няколко сгради, които понякога са далече едни от други и изискват трансфер между отделите на една и съща болница с линейка); стари сгради (някои на възраст над 100 години), които не позволяват оптимална интеграция на болничните вериги и създават трудности при възприемането на нови технологии поради физически ограничения на сградите. Освен това някои от тях нямат подходящи съоръжения за физически достъп (например за хора с увреждания). Поради това адаптирането на инфраструктурата към необходимостта от настоящи здравни услуги (незаразни заболявания, натрупване на здравни проблеми, коморбидност, сложни технологии и др.) В много случаи е невъзможно или струва много по-скъпо консолидиране на определени болници от колкото изграждането на нови сгради.

Също така, особено в старите, зле управлявани болници, контролът върху инфекциите, свързани със здравни грижи, е недостатъчен, което има отрицателен ефект върху безопасността на пациентите и привлича разходи, които могат да бъдат избегнати. Осигуряването на необходимото оборудване все още е далече от стандартите в напредналите европейски страни и често териториалното разпределение и употребата на медицинско оборудване в държавни болници не е достатъчно за медицинските нужди на населението. Съществуват данни за значителни различия в лечебните заведения и различните географски региони и че тяхното разпределение не отговаря на медицинските потребности на населението.

През 2014г. Румъния има около 55 000 лекари, около 116 000 медицински сестри, около 130 000 друг медицински персонал и около 61 000 помощни служители. Повечето от тях са заети в системата за публично здраве. Според данни на Организация за Сътрудничество и Икономическо развитие, гъстотата на медицинския персонал (медицински персонал на 1000 души) в Румъния е сред най-малките в Европа: през 2012г., Румъния е имала 2,5 лекари/ 1000 жители и 5,8 медицински сестри/ 1000 жители, сравнено със средното за Европейският съюз където са 3,4 лекари/ 1000 жители и 8 медицински сестри/ 1000 жители. Освен това тези здравни специалисти са неравномерно разпределени както географски, така и по отношение на медицинските специалности.

Липсата на медицински персонал допълнително се изостря от остро изселване на лекари, като голям брой лекари излизат по-специално в Западна Европа. Въпреки че няма точни данни за медицинската емиграция, Министерството на здравеопазването е издало над 43 000 сертификати за съответствие за периода 2007 - 2013г., което показва значителни нива на емиграционно намерение.

Това се потвърждава от статистическите данни в страните на местоназначение: лекарите, обучени в Румъния, са на първо място в статистическите данни за медицинския персонал в Германия, Обединеното

кралство, Франция и Белгия. Както медицинското решение за напускане на страната е от значение факторът на отхвърляне, както и факторите на привличане; фактор на отхвърляне несъмнено се крие в лошото състояние на медицинската инфраструктура в Румъния и влиянието върху способността на лекаря да практикува професията си и да предоставя подходяща грижа на своите пациенти

## **1.2. Структура на здравната система**

Министерството на здравеопазването е специализираният орган на централната публична администрация, който е юридическо лице, подчинено на правителството. Окръжните и букурещките органи за обществено здраве са децентрализирани обществени служби на Министерството на здравеопазване, които имат юридическа правосубектност и представляват органите за обществено здравеопазване на местно ниво.

Институтите или обществените здравни центрове са регионални или национални публични институции с юридическа правосубектност, подчинени на Министерството на здравеопазването и които координират технически и методологически специализираната дейност в областта на обосноваването, разработването и прилагането на стратегии за профилактика на болестите, контрола на трансмисивните и незаразните болести и политиките в областта на общественото здравеопазване в специфични области на национално и / или регионално равнище. Националните институти за научноизследователска и развойна дейност в областта на общественото здраве са публични институции с юридическа правосубектност, координирани от Министерството на здравеопазването.

На практика Министерството на здравеопазването и 42 окръжни дирекции по обществено здраве продължават да отговарят за функционирането на обществените болници и са дълбоко ангажирани с финансирането на напреднали технологични дейности в сектора, чрез необичайно голям брой национални здравни програми. Тези отговорности разсеяха вниманието на Министерството на здравеопазването от необходимостта да развият капацитета си в областта на политиката и регулирането и в резултат на това нейната единица за изготвяне на политики има недостатъчен персонал, а регламентирането на качеството почти не съществува. През 2010г. МЗ започнаха отново процеса на реформи като децентрализираха отговорностите по управлението на болниците от по-ниско ниво (360 от общо 432 обществени болници) към местните власти. Това е важна стъпка, която ще освободи министерството от тежестта на управлението на по-малки болнични заведения, но ще запази ролята си на доставчик на услуги, като все още е отговорна за по-големите болници и националната здравна модерна технология. Мрежата на здравеопазване е силно поляризирана за болнична помощ.

Наследството от комунистическата епоха включва голям брой болници и болнични легла, функциониращи в рамките на фрагментирана структура и с недостатъчно развитие на различните нива на медицинските услуги. Румъния има увеличен процент на хоспитализация. Въпреки че правителствената политика през последното десетилетие е била да се намали прибягването до болнични услуги и да се увеличи използването на семейните лекари и амбулаторните услуги, досега е постигнат малък напредък в прилагането на тази промяна. Въпреки че броят на болничните легла за остри заболявания е намалял, Румъния продължава да има над 5 легла на 1000 души население в сравнение с 4 легла на 1000 жители за населението на ЕС. Услугите за първична помощ се предоставят от приблизително 10 000 фамилни лекари, които работят като независими практикуващи лекари.

### **1.3. Финансиране на системата**

Финансирането е основна функция на здравните системи.

Повечето сравнения показват, че Румъния харчи по-малко за здраве от други подобни държави. Според официалните данни, Румъния харчи малко под 6% от БВП за медицинските услуги (публични и частни) в сравнение със средния за Европа от 8,5%, а средната за ЕС - 9,8% (всички държави-членки). Проучването как се разпределят ресурсите в системата показва относително постоянен модел на разпределение на финансовите ресурси между сегментите на здравните системи, насочени предимно към болниците и само малък процент извънболнична помощ. Последният анализ на данните показва, че болниците наскоро са консумирали повече от 50% от бюджета за общественото здравеопазване, докато първичната помощ е получавала по-малко от 7%, а дългосрочната грижа се е възползвала от незначително разпределение.

Един от факторите, които трябва да бъдат разгледани по отношение на глобалното финансиране на системата, е размерът на данъчните приходи и на националния доход. В това отношение нивото на консолидираните бюджетни приходи в Румъния е много по-ниско от средното за страните от ЕС.

Румъния разчита на система за здравно осигуряване, за да финансира повечето от услугите си в здравеопазването. Тази система, въведена през 1998г., беше полезна, тъй като размерът на публичните разходи за този сектор се увеличи. Приблизително 78% от общите разходи за здравеопазване се осигуряват от Националната здравноосигурителна каса (CNAS), докато само 22% от общите разходи идват от други източници. Почти половината от разходите на CNAS са отпуснати за медицински грижи в болници, лекарства и медицински консумативи, които представляват вторите по големина разходи (около една трета от общите и нараства).

През 2010г. собствеността на повечето болници е прехвърлена на местните съвети. Болниците се възстановяват от CNAS и Министерството на здравеопазването за приблизително 95% от техните оперативни разходи и местните съвети трябва да покриват 3 до 5% от текущите разходи на болниците в рамките на техните юрисдикции. Някои местни съвети допринасят до 20%.

Системата за здравно осигуряване се управлява от Националната здравноосигурителна каса (CNAS), квази-независим централен орган с 42 окръжни здравноосигурителни каси, отговарящи за договарянето на услуги от доставчиците на здравни услуги.

Въпреки че близо 20 милиона души (населението на Румъния) в Румъния имат право на обезщетения, около 10 милиона души не плащат социални осигуровки, защото са официално освободени (включително пенсионери, безработни, задържани, военен персонал, болни хора или в отпуск по майчинство и ученици / студенти) или защото работят без да допринасят на здравноосигурителната система.

За законно назначените, общият размер на осигурителните вноски, пресметнат заедно за работодателите и служителите, в момента е 10,7% от заплатата на данъкоплатеца. Това е намаляло от 14% през 2008г. и в сравнение с европейските стандарти понастоящем е относително ниско. През 2010г. беше прието законодателство за разширяване на вноските за още 3.5 милиона души, включително за пенсионери с доходи над определен таван.

Процентът на данъка върху трудовите възнаграждения, отпуснат на здравния сектор, обаче е значително намален в годините на икономически растеж и не е върнат на предишното ниво по време на забавянето на икономическия растеж, което води до рязко намаляване на процента на общите държавни разходи, разпределени за здравния сектор.

#### **1.4. SWOT анализ на здравната система в Румъния**

##### **Силни страни:**

Важно е да се разбере, че здравните услуги са само подсистема на здравната система и се отнасят до основните медицински заведения и услуги, които тези звена произвеждат. По същество системата за здравеопазване беше и е система, организирана и финансирана от държавата, съставена от мрежа от здравни заведения, притежавани от държавата, управлявана в централизирана структура, с Министерството на здравеопазването на върха. Финансирането се извършва от общи данъци и такси чрез държавния бюджет, а лекарите са държавни служители.

- Критичният преглед на финансирането, организацията и функционирането на системата за здравеопазване разкрива освен своите недостатъци, но и

редица предимства. Подобна перспектива е изключително важна за това, което се очаква да бъде бъдещето на здравеопазването и се е появило все по-ясно през последните години в специализирани статии, особено в академични среди, западни експерти и консултанти, призовани да предложат решения за промяна.

От такава гледна точка системата, която работи в Румъния, имаше няколко положителни елемента, които бяха по-очевидни в периодите на бързо икономическо развитие.

- Системата е разработена въз основа на принципите на равнопоставеност, осигуряващи достъп до всеобхватни здравни услуги за почти цялото население. Достъпът до услуги не беше повлиян от способността на пациента да плаща. Предимството на липсата на плащане по време на употреба обаче се ерозираше, тъй като доходите на медицинския персонал стават (и освен това се възприемали) все по-неадекватни и се стига то там, че сумите, претендирани или получени допълнително от пациентите за здравния персонал, се считат за социално приемливи или дори оправдани.
- Финансирането и организирането на системата позволяват ефективен контрол на разходите. Делът на разходите за здравеопазване от БВП е относително нисък. „Цената“ на такова ограничение е липсата или ограничаването на достъпа до някои услуги, особено тези, изискващи високи разходи за оборудване или материали (напр. Диализа на бъбреците, сърдечно-съдова хирургия, трансплантации, ставни протези, компютърна томография). Системата работи с намалени административни структури и разходи.
- инфраструктурната услуга е широко развита, с интегрирана диспансерна мрежа (териториално и предприятие), поликлиника и болници. За разлика от други бивши социалистически страни, мрежата от първична медицинска помощ (диспансери за обща медицина) е разработена от организационна гледна точка, но пренебрегвана като оборудване.
- Тук са и най-очевидните неравенства по отношение на осигуряването на медицински персонал, свързани с неравенствата в икономическото развитие между окръзи, градската / селската среда и др. включването на диспансери в организационната структура на болниците, конкурсът за ресурси обикновено поражда полза от специализираните услуги в ущърб на общата медицина. Това имаше неблагоприятен ефект върху ефективността на системата, случаи, които биха могли да бъдат решени на първично ниво чрез зареждане на болници и консумиране на скъпи ресурси
- Предоставянето на медицинска помощ на населението с хоспитализиране беше добро, дори прекомерно, измерено с реалните нужди, възможностите за покриване на текущите разходи и броят на болничните легла в сравнение

със западните страни. Болниците консумират над 70% от бюджета за здравеопазване и решават приблизително 20% от здравните претенции на населението.

- Имаше достатъчно квалифициран медицински персонал и качествено медицинско образование. Познавайки тази област, предвид честотата на лекарите спрямо БВП, Румъния има удобно положение. Възможността за политическа намеса обаче доведе до дисфункции в обучението на персонала, особено през 80-те години на миналия век (прекратяване на обучението на специалистите по медицина и достъп до градовете, премахване на следдипломно обучение за служители на средно ниво).

До средата на 70-те години на XX век се наблюдаваха значителни подобрения в здравословното състояние, илюстрирани чрез увеличаване на средната продължителност на живота, изкореняване или намаляване на много трансмисивни заболявания, намаляване на детската смъртност, инициране на национални програми в областта на сърдечносъдовите заболявания, рак, туберкулоза, психичното здраве и стоматология. Към тези здравни подобрения са допринесли и медицинските услуги.

#### **Слаби страни :**

- Прекомерната медицинска грижа, повлияна от начина на организиране и обслужване на услугите, като огромното мнозинство от ръководните длъжности са заети от хора без управленско образование, значително намали шансовете за междусекторни подходи, които да вземат под внимание всички здравни фактори.
- Строгото планиране, съчетано с централизирана и командна система, задуши инициативите и отговорностите при управлението на здравните услуги и по-специално адаптирането им към променящите се здравни нужди. Централизираният модел, налагащ строги административни норми и стандарти, често възпрепятства адаптирането на услугите към местните потребности на населението, различни от една област до друга. Тези правила доведоха до неефективна комбинация от изобилие и разсипия в някои региони и пропуски в други.

Регулаторното планиране е неефективно. Макар да се стареа да намали административния дисбаланс чрез унифицирано разпределение на персонала резултатът е неуспех. Днес може да се види, че системата не е успяла да намали териториалното неравенство нито в здравословното състояние, нито в осигуряването на населението с лекари, нито с легла. Финансирането по исторически критерии, което не отчита различните здравни потребности на населението, засили неравенствата между окръзите.

- Под-финансирането на услугите доведе до значителни забавяния във въвеждането на нови технологии, необходими за диагностициране или лечение на текущата патология, което доведе до сериозни недостатъци в предоставянето на необходими лекарства и санитарни материали. Всичко това обезсърчи тревогите на здравните услуги в областта на осигуряването и оценката на качеството на здравеопазването, което е основен елемент от работата на системата.
- Липсата на последователна здравна политика след 1990г. също беше облагодетелствана от наследения недостатък на систематичен анализ и разработване на стратегия, с недостатъчно изследване и обучение в управлението на общественото здраве и здравните услуги.

Както беше споменато по-горе, националните здравни системи са все по-сложни социални организации, които произвеждат здравни услуги. Силните центрове в националните здравни системи имат различни функции, интереси и очаквания и имат определен вид сила. Здравните системи са нестабилни, защото са повлияни от много външни фактори, както и поведението на централните с различни интереси и изисквания.

Полезни интервенции в организацията и структурата на националната здравна система са следните ЦЕЛИ:

- Изпълнение на нови програми за подобряване на здравния статус на населението и / или адаптиране на обема и вида на здравните услуги в съответствие с демографските и епидемиологичните промени;
- въвеждане на подобрени медицински технологии;
- адаптиране на производството на здравни услуги към промени в структурата на предлагането и търсенето на здравните ресурси;
- подобряване на социалната справедливост и улесняване на достъпа на гражданите до здравни грижи;
- премахване на факторите, които оказват влияние върху доброто функциониране на услугите за благополучие;
- трансформиране на здравната система с цел изпълнение на националните цели на здравната политика.
- Съвременните системи за здравеопазване непрекъснато развиват своите цели, но не са организирани, структурирани и правилно управлявани, за да прилагат ефективно здравните политики. Нарастващите развития, като например: увеличаване на здравните потребности на населението, напредък в медицинските технологии, увеличаване на разходите за здравеопазване и засилване на политическия натиск за по-голяма социална сигурност, ще принудят политиките да търсят максимална полза с минимални усилия и разходи. Това изисква подобряване здравните системи.



### **Възможности :**

- Здравето е основна област на социалното въздействие, която може да предостави аргументи за приемането на политиката;
- Децентрализацията и предоставяне на реална автономия на органите със здравни компетенции и за медицинска помощ, като цели в програмата за управление;
- Прилагането на частно здравно осигуряване, което има благотворен ефект от облекчаване на социалната система от нарастващата тежест и нарастващия натиск върху осигурените;
- Усилие на местните власти да реализират проект за стратегическо планиране за общините като цяло;
- Интеграция в ЕС - повишаване на компетентността и качеството на медицинския акт, възможностите за развитие на медицински "туризъм" с благоприятни здравни и икономически последици за жителите на окръга / общината;
- Глобализацията ;
- Шансът на Румъния да се включи в международните изследвания;
- Развитие на технологиите;
- Масов внос на високи технологии;
- Наличие на средства от ЕС и структурни фондове;
- Наличие на европейски и международни програми.

### **Заплахи :**

- Повишаването на нивото на информираност на пациентите, заедно с напредъка и диверсификацията на диагностичните и терапевтичните технологии, ще доведе до повишаване на очакванията им и от там към нарастване на търсене на комплексни медицински услуги; здравната система трябва да има механизми за осигуряване на разпределението на финансовите ресурси по силата на принципа на ефективността;
- Децентрализацията и предоставянето на реална автономия на здравните органи могат да имат по-малко благоприятни последици;
- Появата на частно здравно осигуряване на пазара. В тази връзка професионалният персонал е ресурс, който трябва да бъде защитен, особено предвид високите тенденции на миграцията му към частния сектор. Появата на социална пропаст между хората, които могат да си позволят допълнителна застраховка и хората в неравностойно положение;
- Липса на управленски умения и способности в осигурителната система. Например, мениджърите на болници все още се подбират на базата на професионални медицински постижения, които не винаги се прехвърлят и в областта на управленските проблеми, които са коварни поради

неефективното управление на фондовете, трудно е да се определи количествено;

- Свободното движение на хора и съоръженията, създадени след присъединяването на Румъния към Европейския съюз за заетост, пораждат риск от миграция на специализирания персонал, особено на висококвалифицираните специалисти;
- Рискът от постоянно нарастващо разпространение на заразни болести и хронични заболявания без съгласувана и конкретна програма за намеса;
- Интеграция в ЕС - увеличаване на разходите за здравеопазване, което може да доведе до увеличаване на разликата в достъпа до здравни услуги между населението с достойни доходи и населението, изложено на риск от бедност;
- Повишени разходи за обезпечение, предизвикани или от лечение на редки, но много сериозни заболявания, или от политиките, практикувани от някои дистрибутори на лекарства;
- Ожесточена международна конкуренция;
- Въздействието на глобализацията;
- Масов внос на топ технология без вътрешна поддръжка;
- Застаряване на населението и миграция на младите хора.

## **Глава 2. Законови мерки относно достъпа до лечение в Румъния / България**

### **2.1. Приложими референтни документи**

- а) Директива 2011/24/ЕС** на Европейския парламент и на Съвета от 9 март 2011г. относно прилагането на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване;
- б) Регламент (ЕО) № № 883/2004** на Европейския парламент и на Съвета от 29 април 2004г. относно координацията на системите за социална сигурност;
- с) Регламент (ЕИО) № 1408/71** на Съвета от 14 юни 1971г. за прилагането на схеми за социално осигуряване на заети лица, самостоятелно заети лица и членове на техните семейства, които се движат в рамките на Общността;
- д) Регламент (ЕИО) № 574/72** на Комисията от 21 март 1972г. за определяне на подробни правила за прилагане на Регламент (ЕИО) № 1408/71 относно прилагането на схеми за социално осигуряване на заети лица, самостоятелно заети лица и членове на техните семейства, които се движат в рамките на Общността;
- е) Закон № 95/2006** относно здравната реформа;
- ф) Закон № 46/2003** за правата на пациентите

- g) **Правителствено решение №. 499/1996** за одобряване на Споразумението за сътрудничество в областта на здравеопазването и медицинските науки между правителството на Румъния и правителството на Република България;
- h) **Заповед на министъра на здравеопазването № 50/2004**, относно методологията за изпращане на някои категории пациенти за лечение в чужбина;
- i) **Решение № S1 от 12 юни 2009г.** относно Европейската здравноосигурителна карта;
- j) **Решение № S2 от 12 юни 2009г.** относно техническите спецификации на Европейската здравноосигурителна карта;
- k) **Заповед №. 729 от 17 юли 2009г.** за одобряване на Методическите норми относно възстановяването и възвръщане на разходите, свързани с медицинска помощ, предоставени въз основа на международните документи със здравни разпоредби, по които Румъния е страна;
- l) **Заповед на Министерство на здравеопазването №. 1376/2016** за одобряване на регионалните планове за здравни услуги;
- m) **Споразумение между Правителството на Румъния и Правителството на Република България** за Румънско-Български държавен граничен режим, сътрудничество и взаимопомощ по граничните въпроси от 28.06.2006 г.

## **2.2. Процедура за достъп до лечение в чужбина**

От 1 януари 2007г. България и Румъния станаха държави-членки на ЕС, ползващи се от всички социални обезщетения, предоставяни на територията на държавите-членки, включително здравно осигуряване.

Понастоящем на ниво ЕС документа, въз основа на който се улеснява достъпът до лечение в чужбина, е формуляр Е 112. Този акт се издава при две ситуации:

- А)** За лица, които са придобили право на здравно осигуряване в държава-членка на ЕС и които изискват в здравноосигурителните институции да бъдат регистрирани като осигурени, преместването им за временно или постоянно пребиваване на територията на друга държава-членка на ЕС;
- В)** За осигурените лица, получили разрешение от здравната каса, да пътуват до територията на друга държава-членка на ЕС, за да получат подходящо медицинско лечение за тяхното здраве.

**Условия за издаване на формуляр Е 112, предвиден в европейските регламенти:**

- А)** За преместването на статут на пребиваващ, в процес на издаване на формуляр Е 112, здравноосигурителните каси и застрахованите кандидати ще следват следната процедура:

**1)** Лицето, подало формуляр Е112, подава писмено искане до здравноосигурителните институции, в които е регистриран като осигурено лице. Заявлението ще бъде придружено от следните документи:

**a)** копие от личната карта или удостоверение за раждане, според случая.

**b)** медицинско досие, съдържащо като общи елементи медицинските документи, които да показват диагнозата, както и медицинското лечение, което е в ход в здравно заведение по договор със здравноосигурителна каса в Румъния. В тези медицински досиета следва също изрично да се посочи, че преместването на лицето, търсещо лечение е в ущърб на неговото здравословно състояние или медицинско лечение. Медицинското досие трябва да бъде изготвено от лекар или здравно заведение в договорно отношение със здравноосигурителна каса в Румъния. Всички тези документи трябва да бъдат подписани и подпечатани.

**c)** писмено потвърждение от здравното заведение на държавата-членка на ЕС, в което се предвижда да бъде направена медицинската услуга, относно наличието на медицинската услуга в рамките на периода, посочен от заявителя.

**d)** доказателство за прехвърляне на пребиваване.

**2)** Заявлението се регистрира в регистъра на здравноосигурителното дружество.

**3)** След приключване на регистрацията, Здравноосигурителната каса продължава да анализира претенцията. Процесът на анализ включва следните общи стъпки:

**a)** проверява статута на осигуреното лице, подало това искане. Ако проверките разкрият, че лицето не е осигурено, заявлението за издаване на формуляра не е одобрено и това се съобщава писмено на заявителя.

**b)** ако се установи, че кандидатът е осигурен, медицинското досие се анализира, за да се провери изпълнението на условията по чл. 22 ал. (2) първа теза от Регламент (ЕИО) 1408/71 съответно: разрешението, изисквано в съответствие с параграф 1, буква b), може да бъде отказано само ако е установено, че преместването на това лице може да застраши здравето му или медицинското му лечение;

**c)** ако изпълнението на условията по чл. 22 ал. 2 първа теза от Регламент (ЕИО) 1408/71 ще издаде формуляр Е112. Формулярът се издава в два екземпляра, единият от които се съхранява в институцията, а другият - на заявителя.

**В)** Две условия трябва да бъдат изпълнени кумулативно за медицинско лечение:

**1)** Това лечение е сред медицинските услуги, предоставяни в пакета от основни услуги, от които се ползват осигурените лица от румънската система за социално здравно осигуряване.

**2)** Това лечение не може да бъде дадено през времето, което обикновено е необходимо за получаване на съответното лечение в Румъния, като се вземе предвид настоящият здравен статус на кандидата и вероятната еволюция на заболяването.

Ако тези две условия са изпълнени, не може да се направи отказ за издаване на този формуляр.

И в двете ситуации, общото правило е, че формулярът се издава преди отпътуването на лицето, подаващо молбата, към планираното лечение. Той може да бъде издаден дори след като лицето излезе от страната, но само ако поради форсмажорни обстоятелства не може да бъде издадено предварително и ако стойността на медицинските услуги не е била платена. В този случай застрахователят изготвя доклад, който обосновава ситуацията на форсмажорни обстоятелства, документ, който ще бъде в основата на издаването на формуляр Е 112. Обезщетенията по формуляра се уреждат само между институциите въз основа на фактури (формуляр Е 125).

Обобщение на условията, които трябва да бъдат изпълнени кумулативно за получаване на медицинско лечение по формуляр Е 112:

**а)** това лечение трябва да бъде задължително в списъка на медицинските услуги, предоставени в пакета за основните услуги, предоставен за осигурените лица в румънската система за социално и здравно осигуряване;

**б)** такова лечение не може да бъде извършено в Румъния в рамките на обичайно изискваното време, като се вземат предвид здравословното състояние на пациента и прогнозата за заболяването;

**с)** клиниката, където лечението трябва да се извърши, трябва да се намира в държава-членка на Европейския съюз;

**д)** клиниката, в която се иска да бъде направено лечението, трябва да има договор с Националната здравноосигурителна каса на тази страна;

**е)** Лечението за съответното заболяване да бъде включено в списъка на медицинските услуги в пакета за основни услуги, предоставен за осигурените лица в румънската система за социално и здравно осигуряване;

В случай, че някое от изброените условия не е изпълнено, чуждестранно лечение може да бъде поискано чрез разпределение на средства от Министерството на здравеопазването, съгласно Заповед №. 50/2004.

### **2.3. Начин на хоспитализиране**

Болничните услуги са превантивни, лечебни, оздравителни, медицинска рехабилитация, палиативни и включват: специализирани медицински консултации, изследвания, медицинско и / или хирургично лечение, грижи, лекарства, мониторинг и наблюдение, настаняване и хранене.

В зависимост от продължителността на хоспитализацията болничната помощ се предоставя в рамките на:

**а) непрекъснато хоспитализиране** с продължителност над 24 часа;

**б) дневна хоспитализация** до 12 часа.

**2.3.1 Болничната помощ при продължителна хоспитализация** включва остра и хронична грижа и се предоставя при спазване на следните критерии за прием:

- a) раждане;
- b) медицински-хирургични спешни случаи и ситуации, при които животът на пациента е потенциално застрашен и изисква продължително медицинско наблюдение;
- c) болести с ендемоепидемичен потенциал, изискващи изолация;
- d) болни лица обхванати по чл. 109, чл. 110, чл. 124 и чл. 125 от Наказателния кодекс и в случаите, разпоредени със заповед на прокурора по време на процеса или наказателното преследване, изискващи задължителна изолация или принудително лечение, както и лечението на лицата, лишени от свобода за изпълнение на наказанието в болничния затвор, както и за лечението на пациенти в затворите, чиито заболявания изискват мониторинг и преоценка в болничните затвори;
- e) условия, при които диагнозата и / или лечението не могат да бъдат наблюдавани в амбулаторни или дневни грижи.

Факторите, които трябва да се вземат предвид кумулативно в решението за хоспитализация за дългосрочно хоспитализиране са:

- a) тежестта на признаците и симптомите, представени от пациента;
- b) медицинската предсказуемост на отрицателна, нежелана еволюция на заболяването на пациента;
- c) необходимостта и наличието на изследванията / диагностиката;
- d) изтощаване на диагностични и терапевтични ресурси в други сфери на здравеопазването.

Пациентите, които представят интернационален билет за продължително хоспитализиране, могат да бъдат насрочени за приемане в зависимост от състоянието и тежестта на представените признаци и симптоми и наличието на необходимите болнични единици.

Предотвратяването на продължителните хоспитализации, считани за предотвратими, ще бъдат постигнати чрез ранна диагностика, подход, лечение и мониторинг, съответно подходящо наблюдение, амбулаторно и дневно лечение, според случая.

**2.3.2. Дневната болнична помощ** включва остра грижа и хронична грижа и се предоставя при спазване на следните критерии за прием:

- a) медицинско-хирургически спешни случаи, изискващи медицинско наблюдение до 12 часа при условията, предвидени в правилата;
- b) диагнозата и / или лечението не могат да бъдат наблюдавани в амбулаторни условия.

Услугите, необходими за диагностициране, лечение или наблюдение на пациента, преминаващ през дневно хоспитализиране, могат да бъдат специализирани и / или мултидисциплинарни, да бъдат инвазивни, да са последвани от нежелани реакции или спешен риск при извършване или корелация със състоянието здравето на пациента, изискващо медицинско наблюдение, което не може да бъде извършено извън болничните заведения.

Болестите, които могат да бъдат диагностицирани и лекувани по време на хоспитализацията за деня, са:

- условията, предвидени в нормите
- заболявания, при които се прилагат химиотерапия, лъчетерапия, брахитерапия, литотрипсия, кристален имплант, медицинска препоръка, амниоцентеза, кориална вилозна биопсия, лечение за профилактика на бяс,
- поставяне на перкутанна сонда или йеностостем за хранене
- специфични процедури за лечение на болката, съгласно нормите;
- инсталиране на интравенозни, дългосрочни и / или имплантируеми интравенозни катетри за различни терапевтични методи, съгласно правилата;
- условията, изискващи медикаменти, за които се одобряват при срещите на експертите, създадени на ниво CNAS
- ХИВ / СПИН, изискващи мониторинг на пациентите.

Болниците, подложени на непрекъсната и дневна хоспитализация, се отпускат въз основа на издадения от тях билет за хоспитализиране:

- семеен лекар,
- специализираният лекар в амбулаторните здравни заведения, независимо от формата на организацията,
- Лекарите в заведенията за медико-социални грижи,
- лекари от частни диализни центрове в договорно отношение с Националната здравноосигурителна каса,
- лекари, работещи в диспансери за туберкулоза, в лаборатории на психично здраве, психиатрични центрове и стационарни психиатрични центрове, в стоматологични практики, които не са в договорно отношение със здравноосигурителни каси и които са в структурата на болниците като звена без юридическа правосубектност,
- лекарите по трудова медицина.

Не се изисква билет за хоспитализиране в следните ситуации:

- раждане,
- медицински хирургически спешни случаи
- болести с ендемичен епидемичен потенциал, изискващ изолация и лечение,

- болни лица по чл. 109, чл. 110, чл. 124 и чл. 125 от Наказателния кодекс и в случаите, разпоредени със заповедта на прокурора по време на съдебен процес или наказателно преследване, изискващи задължителна изолация или приемане и третиране на лицата, лишени от свобода, за които съдът разпорежда изпълнението на присъдата в болничен затвор, както и лечението на пациенти в затвори, чиито заболявания изискват мониторинг и преоценка в болничните затвори;
- случаи, които имат препоръка към болница в болница след медицинско писмо, дадено от лекарите в интегрираната амбулатория на съответната болница, в договорно отношение със здравноосигурителните каси,
- трансфер между болници, в който се сменя типа на грижите
- трансфер между болници
- ако са осигурени услуги: химиотерапия, лъчетерапия и медикаменти, за които одобряването на експертни съвети, създадени на ниво НЗОК
- Пациентите от държави-членки на Европейския съюз / Европейско икономическо пространство / Конфедерация Швейцария се възползват от програми за болнични грижи, планирани и предоставени с предварително разрешение от компетентните институции на държавите-членки на Европейския съюз / Европейското икономическо пространство / Конфедерация Швейцария, а именно болнични услуги, предоставяни въз основа на Европейската здравноосигурителна карта, издадена от една от държавите-членки на Европейския съюз / Европейско икономическо пространство / Конфедерация Швейцария, както и болнични медицински услуги за пациенти от страни, с които Румъния е сключила международни споразумения, договорености, конвенции или протоколи с разпоредби в областта на здравеопазването, които имат право и се ползват от медицински услуги, предоставяни на територията на Румъния.

### **Глава 3. Здравните трансгранични услуги в окръг Долж и област Враца, фокусирани върху приоритетните области (кардиология, хирургия, акушер-гинекология, неврология, интензивно лечение);**

#### **3.1. Структура на здравната мрежа в окръг Долж и област Враца.**

##### **Брой звена за обществено здравеопазване в окръг Долж:**

Спецификация	Общо	Градове	Села
<b>Болници</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>2</b>
Институти и институции без легла	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>



Специализирани амбулатории	4	4	0
Интегрирана извънболничната помощ	12	8	2
Медицински диспансери	6	6	0
Медицински училищни кабинети	50	50	0
Медицински студентски кабинети	1	1	0
Общо стоматологични кабинети (в обществени и комунални съоръжения), от които : - в училища и факултети - в обществени звена	21	20	1
	17	17	0
	4	3	1
Институти по съдебна медицина	1	1	0
Дирекция "Обществено здраве"	1	1	0
Регионален трансфузионен център	1	1	0
Окръжна служба за спешна помощ	2	2	0
Стоянки за линейки	12	7	5
Аптеки със затворена верига	14	12	2
Бр. на центрoвете за хемодиализа	1	1	0
Бр. на апаратите за хемодиализа	14	14	0
Медицински и социални заведения	7	1	6

#### Брой секции и отделения в обществените болници

Спецификация	Секции в болници	Бр. операционни зали в болници	Отделения*) в болници
--------------	------------------	--------------------------------	-----------------------

	Общ о	Градо -ве	Села	Общо	Градо -ве	Села	Общо	Градо- ве	Села
ОБЩО, от които:	<b>89</b>	<b>76</b>	<b>4</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>0</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>4</b>
Анестезията и интензивна грижа	3	3	0	0	0	0	8	8	0
Инфекциозни болести	3	3	0	0	0	0	4	4	0
Професионални болести	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Кардиология	2	2	0	0	0	0	4	4	0
Обща хирургия	9	9	0	19	19	0	3	3	0
Детска хирургия	1	1	0	2	2	0	0	0	0
Сърдечно-съдова хирургия	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Гръдна хирургия	1	1	0	2	2	0	0	0	0
Лицево-челюстна хирургия	1	1	0	2	2	0	0	0	0
Пластична хирургия (за пациенти с изгаряния)	1	1	0	2	2	0	1	1	0
Кожно-венерологични болести	1	1	0	2	2	0	2	2	0
Диабет, хранителни заболявания	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Ендокринология	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Гастроентерология	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Хематология	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Физическа медицина и балнеология	3	3	0	0	0	0	3	3	0
Вътрешни болести	12	12	0	0	0	0	2	2	0
Нефрология	1	1	0	0	0	0	1	1	0

Неврохирургия	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Неврология	2	2	0	0	0	0	6	6	0
Неонатология и недоносени бебета	2	2	0	0	0	0	9	9	0
Акушерство и гинекология	7	7	0	7	7	0	2	2	0
Офталмология	1	1	0	3	3	0	3	3	0
Медицинска онкология	3	3	0	0	0	0	2	2	0
У.Н.Г.	1	1	0	2	2	0	5	5	0
Ортопедия и травматология	1	1	0	2	2	0	2	2	0
Педиатрия	7	7	0	0	0	0	1	1	0
Пневмология	7	3	4	0	0	0	0	0	0
Фтизиология – Туберкулоза	0	0	0	0	0	0	8	4	4
Психиатрия	0	0	0	0	0	0	2	2	0
Психиатрия за остри заболявания	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Психиатрия за хронични заболявания	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Ревматология	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Токсикология	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Урология	1	1	0	2	2	0	0	0	0

#### Брой обществени кабинети за извънболнична помощ

Спецификация	Общо	Градове	Села
<b>Общо, от които:</b>	<b>150</b>	<b>146</b>	<b>4</b>
Алергология и имунология	2	2	0
Инфекциозни болести	4	4	0

Кардиология	7	7	0
Хирургия	14	14	0
Кожно-венерологични болести	7	7	0
Диабет, хранене и метаболитни заболявания.	3	3	0
Ендокринология	3	3	0
Гастроентерология	1	1	0
Гериатрия и геронтология	1	1	0
Хематология	2	2	0
Обща медицина	2	2	0
Вътрешни болести	10	9	1
Трудова медицина	3	3	0
Спортна медицина	4	4	0
Нефрология	1	1	0
Неврология	8	8	0
Акушерство и гинекология	8	8	0
Офталмология	8	8	0
Онкология	2	2	0
Ортопедия и травматология	7	7	0
У.Н.Г.	11	11	0
Педиатрия	8	8	0
Семейно планиране	6	6	0
Пневмология	2	1	1
Психиатрия	10	8	2
Възстановяване, физическа медицина и балнеология	8	8	0
Невро-психомоторно възстановяване	1	1	0
Урология	2	2	0
Стоматология	5	5	0

**Обществени медицински лаборатории**

Спецификация	Общо	Градове	Села
<b>Общо, от които :</b>	<b>59</b>	<b>54</b>	<b>5</b>
<b>Медицински изследвания</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>2</b>
<b>Патологична анатомия</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
<b>Функционални проучвания</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
<b>Ядрена медицина</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Радиология и медицински изображения</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>1</b>
<b>Радиотерапия</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Възстановяване, физическа медицина и балнеология</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Други</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>1</b>

Също така, в окръг Долж има и :

- 413 кабинети на семейните лекари
- 371 аптеки
- 125 стоматологични кабинета
- 6 Доставчици за образна диагностика
- 14 Доставчици на услуги за домашни грижи

### 3.2. Здравни специалисти - анализ

Структура на нивото на медицинския персонал в окръг Долж, обслужващ хоспитализираните пациенти: болници, институти и медицински центрове с легла и болнични здравни центрове:

Категории медицински персонал	Общо	Болници	Медицински лаборатории в болници	Амбулаторни звена
<b>Общ брой на служителите с висше образование</b>	<b>2688</b>	<b>2273</b>	<b>278</b>	<b>137</b>
Лекари, от които:	<b>1670</b>	<b>1337</b>	<b>208</b>	<b>125</b>
- Специализанти	<b>907</b>	<b>796</b>	<b>103</b>	<b>8</b>
Зъболекари, от които:	<b>89</b>	<b>88</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
- Специализанти	<b>73</b>	<b>73</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Рехабилитатори, от които:	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
- физиотерапевти	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Медицински сестри с висше образование, от които:	<b>650</b>	<b>621</b>	<b>22</b>	<b>7</b>

- акушерки	32	32	0	0	
Друг медицински персонал	84	31	48	5	
Друг медицински персонал с висше образование	284	284	0	0	
<b>Общ медицински персонал със средно образование</b>	<b>2038</b>	<b>1678</b>	<b>201</b>	<b>159</b>	
Общо медицински сестри	1866	1530	187	149	
По специалности	Медицински	1398	1226	33	139
	Педиатрия	126	121	0	5
	Акушерки	114	113	0	1
	Хигиена	16	16	0	0
	Рентгенология	66	0	66	0
	Балнеофизиотерапия и медицинско възстановяване	25	22	0	3
	Диети и хранене	17	17	0	0
	Стоматология	2	2	0	0
	Лаборанти по клинична биология	69	0	66	0
	Лаборанти по анатомична-патология	24	0	22	0
Медицински регистратори	156	131	16	2	
Медицинска статистика	15	13	0	2	

### 3.3. Специалност кардиология

Сърдечно-съдовите заболявания са първата причина за заболяемост и смъртност в Румъния. На ниво окръг Долж, както и в района на югоизточна Олтения, нито една обществена здравна институция не предлага медицински услуги по интервенционална кардиология и сърдечно-съдова хирургия.

Само през 2016г. 244 пациенти са прехвърлени с хеликоптери SMURD, в обслужващи болници от по-висок ранг в страната.

#### 3.3.1. Предлагани кардиологични услуги. Видове лечение, интервенции

Обществените болници, предлагащи кардиологични услуги в Долж са:

- Окръжна клинична болница по спешна помощ Крайова:

Кардиологична клиника: 90 легла, от които:

- Отделение за наблюдение и напреднало лечение на критични пациенти със сърдечни заболявания (USTACC): брой легла – 10;
- Отделение интервенционална кардиология: брой легла-20;
- Отделение Детска кардиология: брой легла - 10;

Има 12 главни лекари, 5 специалисти, от които 5 университетски преподаватели и 42 медицински сестри;

➤ **Общинска клинична болница "Филантропия Крайова":**

**Кардиологична клиника:** 35 легла.

Медицинските дейности в отделението са осигурени от 4 главни лекари, от които 2 университетски преподаватели и 12 медицински сестри;

➤ **Железопътна клиника "Крайова":** 10 легла;

Медицинските дейности в отделението са осигурени от 2 главни лекари и 4 медицински сестри;

➤ **Военна болница за спешна медицина Крайова**

**Кардиологично отделение:** 6 легла;

Медицинските дейности в отделението са осигурени от 1 главен лекар и 2 медицински сестри;

➤ **Болница „Филишанилор” – Филиаш;**

**Кардиологично отделение :** 10 легла;

Медицинският персонал в Кардиологично отделение е представен от 1 лекар специалист и 1 медицинска сестра.

В посочените по-горе раздели се предоставят конкретни болнични услуги:

- Диагностика и лечение на спешни състояния при сърдечни заболявания;
- Диагностика и комплексна оценка на хроничната сърдечно-съдова патология и дългосрочно терапевтично лечение;
- Електрокардиограма в отдиш, късен вентрикуларен потенциал;
- Ехокардиограма при физическо натоварване;
- Holter ECG/24h;
- ехокардиография (ТТЕ, ТЕЕ, контраст, stress);
- Съдов ултразвук;
- Анализ на нарушения на ритъма и проводимостта, временна и постоянна кардиостимулация, електрофизиологични изследвания, аблация.

Основните заболявания, лекувани в Отделението по кардиология в обществените болници в област Долж са::

- инфаркт на миокарда
- Застойна сърдечна недостатъчност
- Нестабилна стенокардия
- Атеросклеротична кардиопатия на естествената коронарна артерия
- Хронична исхемична болест на сърцето, неуточнена, без коронарография
- Митрална недостатъчност (клапан), без индикация за операция
- Есенциална хипертония
- Аортна стеноза (клапан) без индикация за операция
- Аортна недостатъчност (клапа) без коронарография
- Церебрална атеросклероза
- Разширени вени на долните крайници без улцерация или възпаление
- Атеросклероза на крайниците с интермитентна клаудикация
- Венозна недостатъчност (хронична) (периферна )

### **3.3.2. Медицинско оборудване**

Основното медицинско оборудване в кардиологичните отделения се състои от:

- Електрокардиограма
- Система за изпитване при натоварване
- Ехограф Doppler
- Мониторинг на жизнените функции
- Измервател на кръвното налягане
- Цветен ехограф Doppler с 2 сонди
- Електрокардиограмас 3 канала ВТ
- Holter ABPM
- Мониторинг на пациенти tip Mindray
- Определител тип Primedic
- Анализатор на сърдечните маркери
- Общо алтернативно устройство за откриване
- Апарат Holter ECG
- Апарат за измерване на еластичността
- Кардиоангиограф моноплан
- Апарат ECG
- Двухазен дефибрилатор
- Ехокардиограф
- ECG преносим

### **3.4. Специалност хирургия**

#### **3.4.1. Предлагани услуги в хирургията**

Болниците, които предлагат хирургични услуги в окръг Долж са:

- **Окръжна клинична болница по спешна помощ Крайова:**

**Обща хирургия:** 190 легла – 3 секции;



Медицинските дейности са подsigурени от 32 главни лекари, 4 лекари специалисти, от които 26 университетски преподаватели и 62 медицински сестри;

- Отделение за съдова хирургия: 10 легла;

- **Секция за неврохирургия:** 25 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 5 главни лекари и 8 медицински сестри;

- **Секция детска хирургия и ортопедия:** 25 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 6 главни лекари, 1 лекар специалист, от които 3 университетски преподаватели и 8 медицински сестри ;

- **Секция на лицево-челюстна хирургия** 25 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 4 главни лекари, 2 лекари специалисти, от които 4 университетски преподаватели и 13 медицински сестри;

- **Секция Пластична хирургия:** 35 легла;

- Отделение за пациенти с изгаряния: 10 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 2 главни лекари, 3 лекари специалисти, от които 3 университетски преподаватели и 19 медицински сестри;

- **Секция Гръдна хирургия** 25 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 4 главни лекари, от които 3 университетски преподаватели и 14 медицински сестри;

- **Болница „Филишанилор” Филиаш:**

**Секция обща хирургия:** 30 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 2 главни лекари и 5 медицински сестри;

- **Общинска болница „Проф. Д-р Ирinel Попеску“ Бъйлещи:**

**Секция обща хирургия:** 15 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 1 главен лекар, 1 лекар специалист и 6 медицински сестри.

- **Общинска болница Калафат**

**Отделение обща хирургия:** 35 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 3 главни лекари, 1 лекар специалист и 15 медицински сестри;

- **Градска болница „ Асезаминтеле Бранковенещи“ Дъбулени**

**Отделение обща хирургия:** 5 легла

Медицинските дейности са подsigурени от 1 главен лекар, 1 лекар специалист и 3 медицински сестри.

➤ **Военна болница за спешна медицина Крайова**

**Секция обща хирургия:** 53 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 7 главни лекари и 18 медицински сестри;

➤ **Градска болница Сегарчеа**

**Секция обща хирургия:** 12 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 2 главни лекари и 12 медицински сестри;

Болнични услуги, предоставяни от отделенията за обща хирургия:

- Хирургия на млечната жлеза: Секторектомия, Тумоктомия, Мамоктomia за доброкачествени или злокачествени заболявания.
- Хирургия на коремна патология: херния, перитонит и други.
- Стомашна хирургия: частични или пълни стомашни резекции при язва (гастрит, дуоденална) или рак, гастростомия и др.
- Хирургия на далака: частична и обща спленектомия за травматични наранявания, основни и паразитни кисти, тумори, хематологични заболявания.
- Хепато-билиарна хирургия: чернодробна хиацитна киста, вътрешночернодробни абсцеси, интервенции и реинтервенции на жлъчен тракт и (включително коледокоскопия, интраоперативна колигангография), реконструктивни процедури и др.
- Панкреатична хирургия: инфектиран остър некротичен панкреатит, псевдокист на панкреаса, частична и обща панкреатомия при панкреатична неоплазма или хроничен панкреатит, панкреатично-храносмилателни процедури
- Хирургия на тънките черва: сегментирани или разширени енттеректомии, йеюностомия и др.
- Ректална хирургия и хирургия на дебелото черво: апендектомия, сегментна колектомия, хемиколектомия, междинна колектомия, обща проктоколектомия, ректална ампутация, колостомия при доброкачествени и злокачествени заболявания
- Хирургия на щитовидната жлеза: частична и обща тироидектомия при доброкачествено заболяване (дистрофии, хипертиреоидизъм, тиреоидит) или злокачествено заболяване (рак на щитовидната жлеза).
- Проктологична хирургия: хемороиди, анална фисура, перианална фистула.

- Гинекологична хирургия: анектектомия, салпингектомия, опростена хистеректомия или лимфангиологични доказателства при доброкачествени и злокачествени заболявания.
- Операция на варикуцел и хидроцел.
- Хирургия на разширени вени на долните крайници.
- Ампутации на долните крайници при исхемични или септични нарушения: ампутация на бедрото, ампутации на пищял, трансмета-трасални ампутации, некректоктомия
- Хирургия на меки части: инфекции (абсцеси, фурункулози, хидросаденити), злокачествени и доброкачествени тумори.
- Лапароскопска хирургия: холецистектомия, апендиктомия, ануксектомия, сърдечна ахалазия, хиатална херния, диагностична лапароскопия
- Диагностична и терапевтична ендоскопия.
- ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERCP), попилосфинктеротомия и др.
- Остра стомашна хирургия: остър дифузен перитонит, чревни оклузии, ентероменгелен инфаркт, хемоперитонеум, остър травматичен корем.

### **3.5. Специалност акушер - гинекология**

#### **3.5.1. Предлагани услуги в акушер -гинекологията**

Обществените болници в окръг Долж, които предлагат услуги по акушерство и гинекология, са:

- **Окръжна клинична болница по спешна помощ Крайова**

**Клиника по Акушерство и гинекология:** 113 легла – 2 секции;

Медицинските дейности са подсигурени от 23 главни лекари 3 лекари специалисти, от които 14 университетски преподаватели и 51 медицински сестри ;

- **Болница „Филишанилор“ Филиаш**

**Клиника по Акушерство и гинекология:** 25 легла;

Медицинските дейности са подсигурени от главни лекари и 5 медицински сестри;

- **Общинска клинична болница "Филантропия Крайова":**

**Клиника по Акушерство и гинекология:** 90 легла – 2 секции;

Медицинските дейности са подсигурени от 12 главни лекари, от които 8 университетски преподаватели и 54 медицински сестри;

- **Общинска болница „Проф. д-р Ирinel Попеску” Бъйлещи:**

**Клиника по Акушерство и гинекология:** 20 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 1 главен лекар, 1 лекар специалист и 6 медицински сестри;

➤ **Общинска болница Калафат**

**Клиника по Акушерство и гинекология:** 35 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 3 главни лекари и 13 медицински сестри;

➤ **Градска болница „Асезаминтеле Бранковенеци“ Дъбулени**

**Отделение по Акушерство и гинекология:** 10 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 2 главни лекари и 4 медицински сестри;

➤ **Общинска болница Сегарчеа**

**Отделение по Акушерство и гинекология:** 20 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 2 главни лекари и 6 медицински сестри;

Болнични услуги, предлагани от акушерско-гинекологични клиники:

- Пренатална диагностика;
- Ранно откриване на малформации на плода (11-14 седмици);
- Ултразвук за оценка на феталната морфология, фетална ехокардиография (18-22 седмици);
- Пренатално инвазивна диагноза (генетична диагностика и вътрематочна фетална терапия): корозирала вирусна пункция, амниоцентеза, кородерцет, вътрематочна трансфузия;
- Помощ при раждане;
- Естествено раждане със и без перидинална аналгезия;
- Раждане чрез цезарово сечение;
- Диагностика и лечение на доброкачествени и злокачествени гинекологични заболявания;
- Класическа коремна и вагинална хирургия;
- Лапароскопска гинекологична хирургия;
- Колпоскопия ;
- Скрининг на рак на шийката на матката;
- Мониторинг на развитието на бременността;
- Кардитокография;
- Грижа при рискова бременност;
- Терапии и постинтервенционално проследяване на преканцерозни лезии на шийката на матката, лечение на пубертета и менопауза;
- Хистероскопия.

### **3.6. Специалност неврология**

#### **3.6.1. Предлагани услуги в неврологията**

Обществените болници в окръг Долж, които предлагат услуги в специалността "Неврология":

➤ **Окръжна клинична болница по спешна помощ Крайова:**

**Отделение Неврология:** 15 легла;

Медицинските дейности са подсигурени от 5 главни лекари и 8 медицински сестри;

➤ **Болница „Филишанилор“ Филиаш:**

**Отделение Неврология:** 10 легла;

Медицинските дейности са подсигурени от 1 главен лекар и 2 медицински сестри;

➤ **Клинична болница по невропсихиатрия Крайова:**

**Клиника по Неврология:** 141 легла – 2 секции;

Медицинските дейности са подсигурени от 2 лекари специалисти, 14 главни лекари и 67 медицински сестри;

➤ **Общинска болница Калафат:**

**Отделение Неврология:** 20 легла;

Медицинските дейности са подсигурени от 2 главни лекари и 5 медицински сестри;

➤ **Военна болница за спешна медицина Крайова**

**Отделение Неврология:** 12 легла;

Медицинските дейности са подсигурени от 2 главни лекари и 4 медицински сестри;

Болнични услуги, предоставяни от неврологични отделения и секции:

- Неврологични спешни случаи (доминантна патология);
- Мониторинг на неврологични заболявания (епилепсия и нарушения на съня, болест на Паркинсон и други екстрапирамидни прояви, невромускулни заболявания, миастения гравис и миастеничен синдром, периферни невропатии, невродегенеративни заболявания на централната нервна система, множествена склероза, стеноза на каротидна артерия, прешленни и субклавикуларни артерии, деменция, церебрална парализа)
- Специфични процедури за главоболие, черепни болки, вертигови синдроми и кризи на загуба на съзнание без етиологична диагноза с високопроизводителни изследвания

### **3.7. Специалност анестезия и интензивна грижа**

#### **3.7.1. Предлагани анестезия и интензивна грижа**

Обществени болници в окръг Долж, предлагащи услуги в областта на анестезията и интензивната грижа (АИГ) :

➤ **Окръжна клинична болница по спешна помощ Крайова**

➤ ;

**Секция АИГ:** 65 легла;

- Отделение АИГ деца: 10 легла;
- Отделение токсикология: 5 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 20 главни лекаря, 9 лекари специалисти, от които 6 университетски преподаватели и 93 медицински сестри;

➤ **Болница „Филишанилор” Филиаш:**

**Отделение АИГ:** 6 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 1 главен лекар, 1 лекар специалист и 5 медицински сестри;

➤ **Общинска клинична болница "Филантропия Крайова":**

**Секция АИГ:** 20 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 4 главни лекаря, 2 лекари специалисти и 29 медицински сестри;

➤ **Общинска болница „Проф. д-р Ирinel Попеску“ Бъйлещи :**

**Отделение АИГ :** 5 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 1 главен лекар и 4 медицински сестри;

➤ **Общинска болница Калафат**

**Отделение АИГ:** 10 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 1 главен лекар и 6 медицински сестри;

➤ **Градска болница „Асезаминтеле Бранковенеци“ Дъбулени**

**Отделение АИГ:** 3 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 1 главен лекар и 1 медицинска сестра;

➤ **Градска болница Сегарчеа:**

**Отделение АИГ:** 5 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 2 главни лекари и 2 медицински сестри;

➤ **Железопътна клиника "Крайова"::**

**Отделение АИГ:** 15 легла;

Медицинските дейности са подsigурени от 3 главни лекари и 10 медицински сестри;

➤ **Военна болница за спешна медицина Крайова:**

**Отделение АИГ : 10 легла;**

Медицинските дейности са подсигурени от 2 главни лекари и 8 медицински сестри;

Предлагани болнични услуги:

- Разширена подкрепа за жизненоважни функции за критично болни пациенти;
- Постоперативна интензивна терапия за всяка специалност;
- Интензивна терапия за пациенти с множество травми;
- Интензивна терапия на медицинска патология;
- Интензивна терапия за хирургична патология;
- Интензивно лечение на спешни ситуации;
- Протези на дихателните пътища с най-съвременно оборудване;
- Изкуствена подкрепа за белодробна функция;
- Спешна плазмафереза за различни видове неврологични / хематологични патологии;
- Бронхоскопия на пациенти в интензивно отделение;
- Монтаж на централни венозни катетри за терапия или диализа;
- Перкутанна трахеостомия;
- Фиброскопия;
- Постоперативна аналгезия.

**Глава 4. Необходимост от здравни услуги по протежение на границата между окръг Долж и област Враца;**

**4.1. Общи данни**

Тежестта на сърдечната недостатъчност е особено забележима в Югозападния регион, като броят на приеманията на пациенти с това заболяване във всички региони е висок.

Медицинските услуги в окръга са съсредоточени в градската зона за сметка на селските райони. Някои медицински услуги липсват в селските райони. Някои услуги, като например интервенционна кардиология, липсват на ниво окръг, което води до значителни потоци от пациенти към други региони и страни.

**4.2. Заболеваемост / брой на болните по класове болести**

**ЗАБОЛЯВАНИЯ ЛЕКУВАНИ В ОКРЪЖНА КЛИНИЧНА БОЛНИЦА ПО СПЕШНА ПОМОЩ КРАЙОВА**

<b>СПЕЦИАЛНОСТ</b>	<b>Наименование на заболяването</b>	<b>Бр. Случаи</b>
КАРДИОЛОГИЯ	I50.0 Застойна сърдечна недостатъчност	1628
	I50.1 Левокамерна недостатъчност	414
	I21.4 Остър субендокардиален миокарден инфаркт	298
	I20.0 Нестабилна стенокардия	241
	I34.0 Митрална недостатъчност (клапан)	93
ХИРУРГИЯ	K40.90 Едностранна или неопределена ингвинална херния	224
	K80.00 Камъни в жлъчния мехур с остър холецистит	469
	K35.9 Остър апандисит	340
	D48.6 Тумори с непредсказуема и неизвестна еволюция	72
	K85 Остър панкреатит	49
	I70.24 Атеросклероза на крайниците с гангрена	157
ПЛАСТИЧНА ХИРУРГИЯ	D48.5 Тумор на кожата с непредсказуема и неизвестна еволюция	285
	D48.1 Туморна съединителна тъкан и други меки тъкани с непредсказуема и неизвестна еволюция	68
	S68.1 Травматична ампутация на един пръст (цялостна) (частична)	50
	M72.0 Фасциална фиброматоза на дланта [Dupuytren]	44
	S66.3 Травма на екстензорен мускул и сухожилие на друг пръст на ниво китка и длан	39
ДЕТСКА ХИРУРГИЯ И ОРТОПЕДИЯ	K35.9 Остър, неуточнен апендицит	178
	K59.9 Функционално разстройство на червата, неуточнено	176
	S52.4 Фрактура на диафизи, както на улна, така и на радиуса	108
	K40.90 Едностранна или неопределена херния без обструкция или гангрена, неуточнена като рецидив	97
	S42.41 Суперкондиларна фрактура на раменната кост	56
ГРЪДНА ХИРУРГИЯ	S22.44 Многобройни фрактури на ребрата, включващи четири или повече ребра	144
	S22.42 Многобройни фрактури на ребрата, включващи две ребра	129
	J90 Плерален излив, който не е класифициран другаде	114



	D38.1 Тумор на трахеята, бронхите и белия дроб с непредсказуема и неизвестна еволюция	63
	S22.43 Многобройни фрактури на ребрата, включващи три ребра	62
СЪДОВА ХИРУРГИЯ	I83.9 Разширени вени на долните крайници без улцерация или възпаление	26
	N18.0 Бъбречна болест в последния етап	22
	I70.20 Атеросклероза на крайниците, неуточнена	18
	I77.0 Артериовенозна фистула, придобита	5
	I74.3 Емболия и тромбоза на артерии на долните крайници	4
НЕВРОХИРУРГИЯ	M51.1+ Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с радикулопатия (G55.1*)	611
	S06.8 Други интракраниални наранявания	216
	S06.01 Загуба на съзнание за неопределен период	100
	S06.5 Травматичен субдурален кръвоизлив	84
	S00.88 Открита рана в други области на главата	61
НЕВРОЛОГИЯ	I63.3 Церебрален инфаркт, дължащ се на тромбоза на церебралната артерия	90
	I63.4 Церебрален инфаркт, дължащ се на емболия на церебралната артерия	71
	I63.0 Церебрален инфаркт, дължащ се на предмозъчна артериална тромбоза	59
	G81.9 Хемиплегия, неуточнена	40
	H81.8 Други нарушения на вестибуларната функция	35
АКУШЕРСТВО И ГЕНЕКОЛОГИЯ	O82 Цезарово сечение при едноплодна бременност	1420
	O80 Спонтанно раждане при едноплодна бременност	1100
	O20.0 Кръвотечение в ранна бременност	879
	O47.0 Лъжливо раждане в 37 седмица	695
	O03.0 Спонтанен аборт при инфекция на гениталния тракт	299

**СИТУАЦИЯ В АМБУЛАТОРНИТЕ КАБИНЕТИ В ДЪРЖАВНИТЕ БОЛНИЦИ В ОКРЪГ ДОЛЖ**

<b>КАТЕГОРИЯ</b>	<b>Наименование на болестта</b>	<b>Общо</b>	<b>Заболеваемост / 100 хиляди</b>
КАРДИОЛОГИЯ	Есенциална хипертония (първична)	4828	656.87%
	Други цереброваскуларни заболявания	1780	242.18%
	Хронична исхемична болест на сърцето	1589	216.19%
	Церебрален инфаркт	761	103.54%
	Атеросклероза	584	79.46%
ХИРУРГИЯ	Синдром на раздразненото черво и други функционални нарушения на червата	723	98.37%
	Други гастроентерити и неинфекциозен колит	703	95.65%
	Холецистит	547	74.42%
	Повърхностно травматично увреждане	488	66.39%
	Остър апандисит	483	65.71%
ДЕТСКА ХИРУРГИЯ	Вродени деформации на крака	482	65.58%
	Други вродени малформации, засягащи множество системи	157	21.36%
	Вродени дефекти на тазобедрената става	87	11.84%
	Вродени малформации на мъжките гениталии	79	10.75%
	Костни деформации на главата, лицето, гръбначния стълб, гръдния кош и други деформации	53	7.21%
СЪДОВА ХИРУРГИЯ	Разширени вени на долните крайници	598	81.36%
	Хемороиди	594	80.82%
	Други заболявания на артериите и вените	391	53.20%
	Флебит и тромбофлебит	376	51.16%
	Други периферни съдови заболявания	175	23.81%
ГЕНЕКОЛОГИЯ	Кръвоизлив в началото на бременността	816	111.02%
	Продължителна хипертония, усложняваща бременността, раждане	575	78.23%
	Цервикална дисплазия	512	69.66%
	Други възпалителни състояния на таза при жените	481	65.44%
	Инфекции на генито-пикочната система по време на бременност	481	65.44%
НЕВРОЛОГИЯ	Преходни церебрални исхемични инциденти и свързани синдроми	1517	206.39%
	Синдром главоболие	1480	201.36%

Други полиневрити	668	90.88%
Паркинсон	607	82.59%
Епилепсия	522	71.02%

#### **4.3. Главните причини за смъртността в Румъния / България: болести на сърдечно - съдовата система**

Докладът на Световната банка за 2015г. показва, че Румъния се нарежда на първо място в Европа като смъртност от населението поради сърдечно-съдови заболявания, със средно 108,9 смъртни случая на 100 000 жители, в сравнение със средния за ЕС (43,8 на 100 000 жители). Също така, сърдечно-съдовите заболявания са причина номер 1 за смъртта в нашата страна, 57% от всички регистрирани смъртни случаи на национално ниво.

Румъния е единствената страна в Европа, където продължителността на живота непрекъснато се понижава. 58% от смъртните случаи на румънците са причинени от сърдечно-съдови заболявания, като основната причина е затрудненият достъп на населението до здравна инфраструктура и съвременни технологии в медицината. От 17 000 сърдечно-съдови хирургически процедури, които трябва да се извършват, Националната здравноосигурителна каса финансира само 5 600 души. За сравнение, в западноевропейските страни средната сума, разпределена за хирургически случай, е около 18 000 евро, докато в Румъния държавата разпределя 10 пъти по-малко - между 1800-1200 евро. Дори в България и Република Молдова, финансирането е 7 000 евро за всеки такъв случай.

Освен това по-малко от 40% от децата със сърдечно-съдови заболявания в Румъния се оперират в страната, поради съществуващите програми за финансиране на здравеопазването.

#### **4.4. Заключение**

В окръг Долж и в област Враца няма клиника по интервенционална кардиология и кардиохирургия, която да предложи на сърдечно болните пациенти възможност за лечение.

В двете области има стационарни кардиологични секции, но няма инвазивна кардиологична секция съгласно стандартите.

Що се отнася до оборудването, е очевидно, че и в двете зони медицинското оборудване е на незадоволително ниво.

Що се отнася до специалността по хирургия, във Враца има 3 лечебни заведения с такива отделения и едно с консултативна дейност, докато в Долж има няколко болници и предлаганите в тази област услуги са почти идентични. Същото

важи и за акушерство-гинекология, неврология и анестезията и интензивната грижа.

Ако се създаде системна връзка в реално време между българско медицинско заведение и румънско медицинско заведение, лечението на пациентите ще бъде по-ефективно, тъй като лекарите могат да взаимодействат директно по определен случай и да обсъдят резултатите от образната диагностика на пациентите.

Сърдечно-съдовите заболявания са основната причина за заболяемостта и смъртността както в България, така и в Румъния, с трагичната загуба на активното население.

Заключението е, че и двете страни трябва да имат медицинско заведение, което да отговаря на нуждите на населението, като се съсредоточава върху сърдечно-съдовите заболявания и по-точно върху инвазивната кардиология, оборудвана с модерна апаратура.

Достъпът на пациентите до усъвършенствани методи за лечение на сърдечно-съдови заболявания, създаването на нови центрове за диагностика и лечение, увеличаването на финансирането, подобряването на качеството на медицинската дейност и спирането на лекарите от излизане от системата са решения за намаляване на смъртността.

## **Глава 5. Допълнителни проблеми**

### **5.1. Трудности по отношение на достъпа до лечение за жителите на граничната зона.**

Съгласно чл.27 ал. (3) от **Споразумение между Правителството на Румъния и Правителството на Република България за Румънско-Български държавен граничен режим, сътрудничество и взаимопомощ по граничните въпроси от 28.06.2006 г.** " *Преминаването на държавната граница без документи може да се извърши и в случаите, когато от компетентните органи на другата държава се изисква да предостави спешна медицинска или ветеринарна помощ*" и съгласно чл. 28 ал. (2)" *Настоящото споразумение може по всяко време да бъде изменено и допълнено от всяка договаряща страна само с писменото съгласие на другата договаряща страна* ". Нашето предложение пред румънските и българските власти е да завършим настоящото споразумение в смисъл, че " *Лицата, посочени в този член (член 27), които се нуждаят от спешна медицинска помощ за животозастрашаващи сърдечно-съдови заболявания, ще се възползват от специфичното лечение в Интервенционното кардиологично отделение на Окръжна клинична болница по спешна помощ Крайова, със заплащане на тези услуги от българската държава*"

Макар това споразумение да е в сила повече от 10 години, жителите, пребиваващи на границата между Румъния и България, не са могли да се възползват от специализираните лечения, провеждани в съседната държава, именно поради липса на такава в област Долж, и в област Враца - интервенционна кардиологична клиника. Пациентите със сериозни сърдечни проблеми в Долж понастоящем се прехвърлят в кардиологични центрове в Букурещ, Тимишоара или Търгу Муреш, а тези във Враца към центъра в София.

Друга важна стъпка към разрешаването на тези проблеми, пред които са изправени пациентите в двете държави, е направена през 2016г. с одобрението на Меморандум. За да могат пациентите бързо да се възползват от липсващите лекарства, правителството одобри преговорите и подписването на споразумение за сътрудничество с България, чиято рамка ще осигури достъп на пациентите до лекарства. По този начин пациентите от двете страни ще могат бързо да се възползват от лекарства, които по различни причини липсват от една страна, но се намират в другата.

## **5.2. Комуникационно затруднение (езиково);**

Има комуникационни трудности между гражданите на двете области - Долж и Враца, но все още има някои предимства:

- младите хора говорят добре английски, улеснявайки комуникацията;
- По поречието на река Дунав, от Видин до Свищов, живеят така наречените етнос влахи, които говорят архаичен румънски език. Близостта на влашкият език с румънския език е много висока и езиковата комуникация не е толкова трудна между румънците и българите в трансграничния регион.