

3. КОРУПЦИЯТА В ДОБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

По-ниските нива на корупция в доболничния сектор, в сравнение с тези в болничния, се дължат на по-напредналия процес на реструктуриране в първия. Това не означава, че реструктурирането е достигнало онези нива, които минимизират риска от корупция. Подсекторът на доболничната помощ все още страда от свръхрегулиране, неефективно стимулиране на качеството, и от неадекватно покритие. Съответно, корупционните рискове и практики са свързани преди всичко с недостига на лични лекари и с лимитите за издаване на направления за специалист или хоспитализиране. Пари или подаръци на общо-практикуващите лекари и специалистите от доболничната помощ се дават най-често за посещение на адрес, за издаване на направление. Както и за други неправомерни допълнителни плащания от пациента. Цел на подкупа може да бъде и неправомерно издаване на болничен лист за платено отсъствие от работа. Доколкото това е за сметка на осигурителния фонд „Общо заболяване и майчинство“, лекарите не губят от това, а напротив, печелят пациенти и прегледи. Друга сравнително честа корупционна практика в доболничния сектор е предписването на определени лекарства или насочване към определени аптеки срещу комисиона или други „стимули“ от съответния търговец.

Въпросът, защо извънболничният сектор се нуждае от допълнителни плащания „под масата“, за да предоставя услуги с по-добро качество, изисква по-близък поглед върху това как е организирано предлагането на извънболнични услуги, как то се контролира от държавата и дали лекарите получават адекватно възнаграждение за услугите си.

3.1. КОРУПЦИОННИ РИСКОВЕ И ПРАКТИКИ ПРИ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ

Първичната медицинска помощ се предоставя изцяло от общопрактикуващи лекари (ОПЛ), които сключват индивидуални или групови договори с НЗОК⁵. Броят на общопрактикуващите лекари надхвърля 6000, като по-голяма част от тях работят в индивидуални практики (*Таблица 8*). ОПЛ могат да предоставят услуги както като физически лица (т. е. тези на свободна практика), така и като еднолични търговци.

⁵ Системата на договори между НЗОК и ОПЛ бе стартирана на 1.07.2000 г.

Таблица 8. Лечебни заведения за извънболнична помощ в България

Лечебни заведения за извънболнична помощ	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Брой	Легла	Брой	Легла	Брой	Легла
Амбулатории за първична медицинска помощ						
Индивидуални практики	5 897		5 186		4 296	
Групови практики	224		216		202	
Амбулатории за първична стоматологична помощ						
Индивидуални практики	7 758		7 483		5 504	
Групови практики	142		146		131	
Амбулатории за специализирана медицинска помощ						
Индивидуални практики	6 422		5 623		2 342	
Групови практики	124		116		91	
Амбулатории за специализирана стоматологична помощ						
Индивидуални практики	152		132			
Групови практики	1		1			
Медицински център	454	440	495	518	492	568
Стоматологичен център	56	4	53	4	51	4
Медико-стоматологичен център	44	21	47	29	46	20
Диагностично-консултативен център	107	204	105	268	102	246
Самостоятелни диагностични и технически лаборатории	828		854		881	

Източник: Национален център по здравна информация

За услугите си ОПЛ получават заплащане от НЗОК и от пациентите. Потребителската такса, която трябва да плати пациентът при всяка визита е 1% от минималната работна заплата⁶. Напоследък често се поставя въпросът за премахването на тази такса като социална мярка. Всъщност се забравя, че таксата е не само допълнение към дохода на лекарите в доболничната помощ, но и филтър за ограничаване на ненужните визити и намаляване на опашките пред кабинетите на ОПЛ и специалистите.

Заплащането, което ОПЛ получават от НЗОК, се формира на базата на брой пациенти и на реално извършени дейности. През последните 7 години целта на реформата беше да промени първоначалния модел на финансиране, при който по-голямата част (около 85%) от възнаграждението на ОПЛ се формираше от броя регистрирани пациенти, към такъв, при който по-голяма част от сумата се формира на базата на реално извършените дейности. Днес тази втора част съставлява около 40% от заплащането, което ОПЛ получават от НЗОК.

⁶ За 2007 г., при минимална работна заплата от 180 лв. таксата е 1,80 лв.

Все още сумата, която лекарите получават на база брой пациенти представлява около 60% от общата месечна сума, плащана им от НЗОК. Всички граждани, които са здравноосигурени, са задължени да изберат свой личен лекар и да се регистрират при него. В началото за сключване на договор с НЗОК, личните лекари трябваше да имат поне 800 регистрирани пациента, а съществуваше и горна граница за брой пациенти. По-късно тези ограничения отпаднаха. Здравната каса разграничава пациентите на такива с хронични заболявания (диспансеризирани пациенти) и всички останали по възрастови групи – над 65 години; под 18 години; и в активна възраст между 18 и 65 години. За всеки пациент НЗОК плаща сума, която ежегодно се определя в Националния рамков договор. За 2007 г. сумите за различните групи пациенти са съответно 1,25 лв., 1,09 лв., 1,00 лв. и 0,72 лв. При определянето на сумите за различните групи пациенти се взема предвид различният обем работа и честотата на посещенията при личния лекар. Въпреки това необходимостта от такава диференциация има съмнителен ефект, защото потребителската такса би трябвало да компенсира лекарите за по-големия обем работа с възрастните хора и диспансеризираните пациенти.

Заплащането на база дейности обхваща профилактични изследвания на деца или имунизации (тези дейности попадат в Националната програма детско здраве), женски консултации за бременни жени, един профилактичен преглед годишно за пациентите във възрастовата група над 18 години, или за случайни визити на здравноосигурени пациенти, които не са регистрирани в списъка на личния лекар (временно пребиваващи или посетители и други). Сумите за прегледи са от 2 до 5 пъти по-високи от сумите, които НЗОК плаща месечно за пациентите от различните възрастови групи. Лекарите получават допълнителни възнаграждения и ако отворят практика в области с недостиг на медицински персонал или в отдалечени или труднодостъпни райони.

Въпреки финансовите стимули, проблемите с **неравномерното покритие** и ниското качество на предлаганите услуги все още не са решени. Основният управленски инструмент, който правителството прилага за постигане на по-балансирано покритие е Националната здравна карта (НЗК). Тя представя покритието с медицински екипи, което трябва да бъде постигнато по области. От 2005 г. насам тя е по-скоро номинален инструмент, тъй като нито е актуализирана, нито се отчита нейното изпълнение⁷. Последните публикувани отчети за изпълнението на НЗК сочат, че отклоненията от показателите варират от 67% за област Разград до 128% за София. Средният брой пациенти, регистрирани от един личен лекар е възлизал на 1472. В някои североизточни области като Търговище и Разград средният брой надвишава 2000, докато в София и Плевен например той е под 1300. На практика повечето медицински ресурси са концентрирани в градовете и университетските центрове, като в рядко населените райони, които се характеризират и с най-ниските нива на заетост и здравноосигурително покритие, има недостиг не само на специалисти, но и на ОПЛ. Специалните финансови стимули, предлагани от НЗОК явно не са

⁷ Действащата Национална здравна карта е приета с Решение на No 429 на МС от 12.06.2003 г. (Обн., ДВ, бр. 57 от 24.06.2003 г., изм. и доп., бр. 102 от 21.11.2003 г., изм., бр. 45 от 31.05.2005 г.). Последната редакция е от май 2005 г., а последните отчети на нейното изпълнение са от 2004 г.

достатъчни да компенсират по-малкото пациенти и дейности, които формират месечното възнаграждение на лекарите. Броят на незаетите работни практики наистина беше значително намален от 1200 в началото на реформата до около 300 пет години по-късно. Разликите във възнагражденията и дефицитът на лекари в някои области обаче остава главното предизвикателство пред здравната система в България. Тези различия, разбира се, са много по-изразени в сферата на специализираните медицински услуги.

Нерешените проблеми с покритието и достъпа до медицински услуги правят актуални обявените насоки на реформата в здравеопазването към по-голям потребителски избор и конкуренция само в големите градове. Тъй като качеството на услугите не може да се покачи под натиска на конкуренцията, стимулите придобиват първостепенна важност. В момента, ОПЛ получават допълнителни финансови средства, за да регистрират повече пенсионери в списъците си, да обръщат специално внимание на децата и профилактиката по време на бременност, както и да постигнат повече посещения от пациенти, заради потребителската такса. Те не могат да си позволят да бъдат прекалено стриктни при издаването на болнични листове, защото в противен случай има вероятност да загубят част от пациентите си, особено тези с по-ниски възнаграждения, които се осигуряват на пълна работна заплата, като например служителите от държавната администрация. Личните лекари имат и стимула да предписват по-скъпите лекарства, ако те се покриват от Здравната каса. В някои случаи лекарите могат да имат допълнителна причина за това - специални промоционални схеми, предлагани от производителите и доставчици на лекарства, включващи комисионна за лекаря за всяко предписано лекарство. Те обаче нямат особен финансов интерес да подобрят качеството на здравните услуги, както и здравния статус на пациентите. Подобни достижения навярно трудно биха могли да бъдат измерени, и съответно няма предвидени финансови инструменти за стимулирането им от страна на НЗОК. Аналогично, НЗОК не отпуска средства за стимулиране и на инвестициите в нови технологии и професионално обучение. По този начин, подобни разходи са много ограничени, особено в райони, в които еластичността на търсене на здравни услуги е ниска, тоест там, където пациентите не могат да сменят доставчика на медицински услуги с друг.

При липсата на конкуренция регулаторните стандарти са важни инструменти за защита на правата на пациентите. Тяхната цел е да допуснат до пазара само доставчици на здравни услуги, които са постигнали някакъв минимален праг на оборудване и квалификация. Стандартите дефинират и интервенциите, извършвани от лекарите. Но съвременната първична медицинска помощ изисква по-адекватна система от финансови стимули, с увеличен дял на индикаторите за индивидуална продуктивност и достигнато качество при определянето на размера на възнаграждението на ОПЛ. Освен това, ако приоритетите на здравната политика са по-скоро да подобри здравния статус на населението, отколкото да увеличи посещенията при личните лекари, трябва да се стимулират профилактичните и превантивни дейности, включително имунизациите. Личните лекари следва да бъдат поощрявани от НЗОК или от бюджета на базата на техния принос и резултати за изпълнението на националните здравни приоритети. В противен случай те ще печелят повече от влошаването, отколкото от подобряването на здравето на нацията.

3.2. КОРУПЦИЯТА В СПЕЦИАЛИЗИРАНОТО ДОБОЛНИЧНО ОБСЛУЖВАНЕ

Секторът на специализираната медицинска помощ беше съществено реструктуриран и премина изцяло към частни индивидуални и групови практики. Повечето поликлиники в градовете бяха трансформирани в ДКЦ и медицински (стоматологични) центрове и отдадени под наем от общините на специалисти и ОПЛ срещу сравнително ниски наеми. Индивидуалните практики са над 5600, а груповите 116. Освен това съществуват около 500 медицински центъра, 105 диагностично-консултативни центрове (ДКЦ) и 854 лаборатории (Виж Таблица 6).

Въпреки този напредък, покритието в сектора на специализираната помощ е по-неравномерно, а достъпът до специалист – по-труден в сравнение с достъпа до личен лекар. Дефицитът на специалисти е най-голям в областите Силистра, Разград и Русе, където един специалист обслужва 2000 осигурени. За сравнение – в София този показател е над три пъти по-нисък: на един специалист се падат под 600 осигурени лица. Тези огромни регионални контрасти в покритието водят и до липсата изобщо на някои специалности в провинцията. Всъщност около 80% от договорите, сключени с НЗОК покриват около 1/3 от медицинските специалности. Осигуряването на такива специалности като хирургия, кардиология, педиатрия, ендокринология, психиатрия и дерматовенерология е далеч под показателите, приети в Националната здравна карта за районите Разград, Силистра, Смолян и Шумен⁸.

Както личните лекари, така и специалистите работят на свободна практика или в съответните центрове. Основният източник на финансиране е НЗОК. Заплащането от касата е на база посещения. Според действащия в момента Национален рамков договор между здравната каса и лекарите, за по-голямата част от специализираните услуги се заплащат по 12 лв. за първи преглед и половината от тази сума за втори, като следващите посещения не се заплащат. Високоспециализираните и лабораторни услуги се заплащат по подробна тарифа, включена в Националния рамков договор. Броят на заявените за заплащане повторни прегледи от един специалист не може да бъде повече от половината от броя на проведените от него първи прегледи. Така НЗОК приема за нормално, че средно половината от осигурените пациенти имат реално нужда от втора визита при специалист⁹. Освен това ограничение достъпът до специализирани услуги е ограничен от месечните тавани на направленията, които могат да бъдат издадени всеки месец от ОПЛ или специалист.

Подобни регулаторни ограничения на покритието от здравната каса на специализираните медицински услуги имат ефекта на купона система. Като всяка друга такава система на дефицит, и тази не може да не води до корупция и нерегламентирани плащания за преодоляване на ограниченията. Споделеният опит на пациентите и публикации в пресата показват, че личните лекари и специалистите свършват направленията в средата на месеца и отлагат препращането на пациентите към специалист за началото на следва-

⁸ Министерство на здравеопазването, „Доклад за състоянието на националното здраве в началото на 21 век. Анализ на Здравната Реформа“, София, август 2004 г.

⁹ Изключение правят педиатрите, които имат право на заплащане от НЗОК на вторичните визити до броя на първичните.

ция. Проблемът е, че понякога този „дефицит“ може да не е реален резултат от целенасочен корупционен натиск от страна на лекарите с цел да спечелят от създадения от касата недостиг на предлаганите специализирани услуги.

Дори да успее да получи направление с цената на допълнителни услуги или връзки, ако осигуреният трябва да посети втори път специалиста, той отново трябва да плати. Така след първото посещение разходите за посещенията при специалист се прехвърлят на пациента и това води до спиране на последващите прегледи и пълното лечение. При положение, че един добър специалист може да достигне горната граница само с първичните посещения, то той не би имал никакъв стимул да проследи резултата от предписаното лечение, освен ако пациентът не покрие последващите разходи по него. Тази практика увеличава общата сума за медицински услуги и по-скоро създава предпоставки за препращане на пациентите към болниците, отколкото спомага за решаване на проблема в доболничния сектор, където разходите за лечение са по-ниски.

Такава загуба на ефикасност се вижда при някои специализирани интервенции, които бяха прехвърлени към болничния сектор, въпреки че могат да бъдат извършени и в доболничния сектор и преди практиката беше такава. Пример за това е прехвърлянето на някои биопсии от специализираната в болничната помощ. Това е по-скоро инструмент за финансиране на болниците (прехвърляне на осигурителните плащания към публичния сектор), отколкото за оптимизиране на здравните разходи.

Накрая, прилагането на универсална ставка от НЗОК не държи сметка за разликата в разходите за широката гама от специализирани услуги и прегледи. Подобен подход стимулира предоставянето на евтини трудоемки услуги вместо високотехнологични. Освен това той излага правилата за заплащане на риска от постоянен натиск от страна на лекарите, което увеличава тяхната зависимост от НЗОК и транзакционните разходи в сектора. Детайлната диференциация обаче също не е евтино и стабилно решение. Най-добре е да се въведат ясни и прозрачни правила за доплащане от пациентите. Това едва ли би ги натоварило повече отколкото сегашната практика на скрити плащания. Ефектът може дори да бъде в обратната посока, когато се развие пазарът на допълнителните здравни полици.

В заключение – секторът на доболничната помощ разчита главно на свръхрегулации и административен контрол, което стимулира заобикалянето на правилата от лекарите и подкопава взаимното доверие между държавата и доставчиците на медицински услуги. Обикновено Националният рамков договор се финализира късно през годината и дълго време лекарите предоставят услуги, без да знаят как те ще им бъдат заплатени. Всичко това представлява плодородна почва за корупционни практики и взаимодействия, а завишените сметки за здравни услуги се покриват от джоба на осигурените.