

КОРУПЦИЯТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ

Константин Пашев

CSD АНАЛИЗИ/REPORTS

1. България и структурните фондове на Европейския съюз С., 1999.
ISBN 954-477-050-X
2. Структурните фондове на Европейския съюз: кратко ръководство С., 1999.
ISBN 954-477-036-4
3. Социални проблеми на присъединяването на България към Европейския съюз С., 1999.
ISBN 954-477-052-6
4. Подготовка за преговори за членство на България в Европейския съюз С., 1999.
ISBN 954-477-056-9
5. Присъединяването на България към Европейския съюз: ролята на политическите партии С., 1999.
ISBN 954-477-054-2
6. Българският капиталов пазар в контекста на присъединяването към Европейския съюз С., 1999.
ISBN 954-477-058-5
7. Корупция и контрабанда: мониторинг и превенция С., 2000.
ISBN 954-477-077-1
8. Корпоративно управление и контрол в България С., 2000.
ISBN 954-477-083-6
9. Корупция и контрабанда: мониторинг и превенция.
Второ преработено и допълнено издание С., 2000.
ISBN 954-477-086-0
10. Контрабандните канали в Югоизточна Европа С., 2002.
ISBN 954-477-098-4
11. Корупция, контрабанда и институционална реформа С., 2002.
ISBN 954-477-100-X
12. Пазарът на наркотици в България С., 2003.
ISBN 954-477-111-5
13. Партньори в престъпността: Рисковете от симбиозата между сектора за сигурност и организираната престъпност в Югоизточна Европа С., 2004.
ISBN 954-477-114-X
14. Българският износ на оръжие: Оценка на контролния механизъм върху експорта на малки оръжия и леко въоръжение С., 2004.
ISBN 954-477-116-6
15. Транспорт, контрабанда и организирана престъпност С., 2004.
ISBN 954-477-118-2
16. Корупцията при данъчното облагане. Предизвикателства пред данъчната политика и администрация С., 2005.
ISBN 954-477-131-X
17. Полицейски проверки и използване на етнически профили в България С., 2006.
ISBN-10 954-477-141-7
ISBN-13 978-954-477-141-6
18. Корупцията при обществените поръчки. Рискове и противодействие С., 2007.
ISBN-987-954-477-148-5
19. **Корупцията в здравеопазването в България С., 2007.**
ISBN: 978-954-477-153-9

Редакционен съвет

Огнян Шентов
Бойко Тодоров
Александър Стоянов

ISBN: 978-954-477-153-9

© 2007, Център за изследване на демокрацията
Всички права запазени.

ул. „Александър Жендов“ 5, 1113 София
тел.: (+359 2) 971 3000, факс: (+359 2) 971 2233
www.csd.bg, csd@online.bg

СЪДЪРЖАНИЕ

Увод	5
1. Здравната реформа в България или за синдрома на придобитата институционална недостатъчност	9
1.1. Закъснели и недовършени реформи	9
1.2. Недостиг на средства	10
1.3. Нестабилна регулаторна среда, залагаща на административен контрол.	13
Нормативната уредба	13
Здравната политика.	14
Управление на качеството	15
Човешкият и физическият капитал.	16
2. Корупцията в здравеопазването.	19
2.1. Равнище и разпространение	19
2.2. Видове корупционни практики	22
3. Корупцията в доболничната помощ.	27
3.1. Корупционни рискове и практики при общопрактикуващите лекари	27
3.2. Корупцията в специализираното доболнично обслужване	31
4. Корупцията в болничния сектор	33
5. Изводи за политиката: от диагностика към активно лечение	41
5.1. Клинични пътеки срещу диагностично свързани групи.	42
5.2. Равнопоставеност, потребителски избор и конкуренция	44
5.3. Система за мониторинг и управление на риска.	46
Индикатори за оценка и управление на корупционния риск в здравеопазването.	47
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	51

УВОД

Здравеопазването е един от секторите, в които структурните реформи у нас са в застой. Безспорното постижение от последните 9 години е преходът от бюджетно финансиране на здравеопазването към здравно осигуряване. Ползата обаче е предимно за бюджета. Потребителите на здравни услуги все още не са почувствали напълно предимствата на промяната. Напротив, значителна част от населението загуби достъп до здравни услуги, а тези, които имат, не са доволни от нивото на медицинска помощ. Техническото оборудване е старо, персоналът не е достатъчно мотивиран, а корупцията е широко разпространена. През първите 17 години на прехода системата загуби предимствата на държавното здравеопазване, изразени във всеобхватно покритие и достъп, без да спечели съществено от предимствата на пазарното здравеопазване, тоест повече конкуренция, потребителски избор, технологично обновление и по-високо качество на услугите.

Отрицателната равностметка от реформата в здравеопазването се вижда най-вече при влошените общи показатели за здравето на нацията. Комбинацията от намаляваща раждаемост и високи нива на смъртност, както и увеличаващият се брой на млади хора, които мигрират от България, задълбочава проблема с все по-застаряващото население.

Високата смъртност се дължи предимно на болести, свързани с кръвоносната система. Две трети от смъртните случаи са причинени от инфаркти и мозъчни инсулти. На второ място се нареждат раковите заболявания, които много бързо увеличават своя брой. Болестите на респираторната система са главните причини за хоспитализация, като около половината от случаите с летален изход в тази група са причинени от пневмония. Друга тревожна тенденция е нарастващото разпространение на психичните разстройства. Те относително рядко довеждат до преждевременна смърт и поради тази причина остават извън фокуса на здравните статистики. Това е причината за пренебрегване на тяхната висока социална и икономическа цена.

Броят на хората с увреждания е нараснал 3 пъти през годините на прехода, като броят на новорегистрираните случаи е почти два пъти по-голям от средния за Европейския съюз и е един от най-високите в света. Както и при смъртните случаи, болестите на органите на кръвообращението най-често са причинителите на такъв тип увреждания.

Важен показател за ефективността на здравеопазването е смъртността при децата под едногодишна възраст. В началото на прехода по този показател България беше в позиция, близка до страните от Централна и Източна Европа

и в по-добра от Полша и Унгария. Петнайсет години по-късно България е в дъното на класацията. На Балканите единствено Албания и Румъния имат по-високи стойности на смъртност при новородените. В страната вероятността едно дете да умре преди да е навършило 5 години е около 3 пъти по-висока в сравнение с ЕС-15 и около 2 пъти по-висока в сравнение с новоприсъединилите се страни членки в ЕС. Най-честите причини за високата смъртност при новородените са преждевременните раждания, усложнения в пренаталния период, болести на дихателната система и различни инфекции. Годините на прехода се бележат и с влошаването на някои здравни показатели, които отразяват проблеми, типични за страните с ниски доходи, като разпространението на туберкулоза и хепатит.

От друга страна тези здравни показатели са среднестатистически, т.е. скриват критичното положение в някои региони. Стойностите на смъртност, включително тези при новородените, са много по-високи в селата и регионите с компактно етническо население.

Влошаващите се стойности на здравните показатели в България се дължат отчасти и на негативните демографски тенденции – намаляваща раждаемост, увеличаващ се брой млади хора, които мигрират в чужбина и т.н. Главна причина за тези лоши показатели обаче остава ограниченият достъп до здравни услуги. Основната пречка пред достъпа до медицинска помощ е спадът в доходите и нарасналата икономическа уязвимост на населението, комбинирана с прехода към здравно осигурителна система. Бедността и влошеното здраве създават порочен кръг, в които поради липса на финансови средства хората остават извън обсега на здравните услуги, а лошото здраве ограничава шансовете на пазара на труда, увеличава бедността и социалната изолация.

Здравната реформа засега не успя да предложи адекватни решения на тези нови предизвикателства пред здравеопазването в България. Държавата се оттегли от предоставянето на здравни услуги, концентрирайки се върху управлението на здравното осигуряване. Програмите за активна профилактика и превенция на заболяванията пък разчитат в голяма степен на външно финансиране, което ги прави по-скоро проекция на международни програми, отколкото на националния дневен ред в общественото здравеопазване. Високата смъртност при новородените и нарастващият брой на заразните болести могат да се припишат на ограничения обхват на плановете имунизации. Преходът от държавно финансирана здравна система към здравно осигуряване намали покритието на профилактиката и здравната помощ, особено за растящия брой българи с прекъснати здравноосигурителни права.

Безработните и хората с ниски доходи не са единствените, които преходът към пазарна икономика изправи пред по-високи здравни рискове. В различна степен това се отнася за цялото общество. Причината е, че либерализацията на цените и предприемачеството не бяха съпроводени с адекватни законови и институционални мерки за защита правата на наетите и на потребителите. Това доведе до увеличение на здравните рискове на работното място и у дома. Държавата все още не е напълно ефективна в прилагането на стандартите за безопасност на труда и храните, както и на стандартите за защита на околната среда и няма ясна политика за защита на потребителите на лекарс-

тва от монополни, или олигополни цени. Високият социален и икономически стрес, комбиниран с по-слабата защита на работниците и потребителите, доведе до остро влошаване на здравното състояние и качеството на живот на голяма част от населението.

Освен от социалните и икономически трудности на прехода, проблемите с българското здравеопазване произтичат в голяма степен от недостатъци в управлението на здравната система. Този доклад изследва институционалните проблеми и корупционните практики, които определят лошото качество на здравни услуги в България. Анализирани са резултатите от прехода от държавно финансирана здравна система към здравно осигуряване, с цел идентифициране на източниците на корупционен риск и тяхното относително тегло.

Първа глава разглежда проблемите на здравеопазването, свързани по-скоро с лошото управление отколкото с шоковете на прехода. Те могат да се обобщят в три групи: липса на политическа воля за успешно завършване на здравната реформа, недостатъчно държавно финансиране, недостиг на управленски и административен капацитет. Тези проблеми се превърнаха в добра почва за корупционни практики и неспазване на правилата от потребителите и доставчиците на здравни услуги. Втора глава очертава общата картина на разпространението и динамиката на корупцията в здравния сектор и най-често срещаните корупционни практики. Трета глава е посветена на специфичните двигатели на корупцията в сектора на доболничната помощ, а четвърта глава – на тези в болничния сектор. Пета глава формулира основните изводи и насоки за политиката. Тя предлага и система от индикатори за мониторинг и оценка на корупционния риск в здравния сектор.

Центърът за изследване на демокрацията благодари на Гергана Кирова, ръководител „Инспекторат“ в Министерството на здравеопазването и Деница Сачева от Международния институт по здравеопазване и здравно осигуряване за бележките по предварителните варианти на доклада. Отговорността за грешки и пропуски остава изцяло на автора.

1. ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В БЪЛГАРИЯ ИЛИ ЗА СИНДРОМА НА ПРИДОБИТАТА ИНСТИТУЦИОНАЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

1.1. ЗАКЪСНЕЛИ И НЕДОВЪРШЕНИ РЕФОРМИ

Трябваше да минат десет години от началото на прехода към пазарна икономика преди реално да започнат реформите в здравния сектор. При това при стартирането им през 1999 г. България избра половинчат вариант на реструктуриране, в който само доболничната помощ бе поверена на частния сектор. Болниците останаха в публичния. На практика и здравното осигуряване е държавно, тъй като е задължително и се ръководи от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).

При предишната система здравното обслужване се извършваше в поликлиники и болници. Всички медицински услуги и необходимите за тях лекарства бяха безплатни и се финансираха от държавния бюджет. Недостатъците при тази система са добре известни. Те са свързани с факта, че централното разпределение на финансовия ресурс и липсата на конкуренция намаляват ефективността на здравната помощ и не предлагат стимули за по-качествено обслужване. Обратно, конкуренцията на пазара стимулира доставчиците да предоставят по-качествени здравни услуги на по-ниска цена и насърчава застрахователите да предлагат по-изгодни застрахователни пакети. Доброволното (частно) здравно осигуряване е неизменна част от съвременните пазарни икономики. При него потребителите и техните работодатели купуват здравни полици от частните здравноосигурителни фондове, които от своя страна покриват частично или изцяло разходите им за здравни услуги.

Главните недостатъци на тази система са свързани с някои пазарни несъвършенства. Частното здравно осигуряване не може автоматично да даде резултатите, които би имала една активна здравна политика – широк обхват на планови имунизации, гарантиран достъп до здравни услуги, протекция на рисковите групи (които обикновено остават извън обсега на частното осигуряване). При профилактиката и превенцията на болестите обществените ползи са повече от съответните частни разходи, което е основателна причина за финансова подкрепа от страна на държавата. Намаляването на здравните рискове в обществото зависи в голяма степен от достъпа до здравни услуги на хората с по-ниски доходи, които са изложени на по-голям здравен риск. Освен това застраховането и пазарът на здравни услуги обикновено изискват определена степен на държавна регулация и контрол, за да се защитят правата на потребителите и се гарантира спазването на минимални стандарти на лечение и обслужване.

Ето защо много страни прибягват до комбинирана здравна система, която обединява отговорностите на държавата относно здравната политика и здравната и социалната закрила на тези групи от населението, изложени на най-голям риск

от една страна, с възможностите за пазарен избор на доставчик на здравни услуги според платежоспособността на пациента. За държавата остават отговорностите по регулацията и надзора на пазара, за да може да гарантира определен стандарт на здравните услуги и защита на правата на потребителя. Това включва лицензиране и контрол на застрахователите и акредитация и надзор на лечебните заведения.

Българската здравна реформа също съчетава публични и частни отговорности. Страната има държавна здравноосигурителна система, управлявана от Националната здравноосигурителна каса, с частна доболнична помощ и обществена болнична помощ. Реформата, започната през 1999 г., въведе три нива на здравни услуги. Първото ниво включва услуги, предоставяни от общопрактикуващите лекари (ОПЛ), които са на „входа“ на здравната система. При тях пациентите получават първичен медицински преглед и лечение или се препращат към специалист или болница. При необходимост личният лекар може да издаде и болничен лист, който удостоверява временна нетрудоспособност.

Второто ниво обхваща медицинските (и стоматологични) услуги, предлагани от специалисти. Те спадат към доболничния сектор, въпреки че физически кабинетите на специалистите и специализираните лаборатории могат да се намират в болнични заведения. Ако е нужно те също издават направления за болнична помощ или друг специалист.

Третото равнище на здравни услуги е болничната помощ, тоест услугите получавани в болниците и диспансерите. Разходите по тях се покриват от здравната осигуровка когато осигуреният има направление от личния си лекар или от специалист. Броят на направленията, издадени от един лекар всеки месец обаче е ограничен. Това води до много оплаквания от пациентите, че личният им лекар е отказал да даде направление или го е отложил за следващия месец, защото направленията за този са свършили.

1.2. НЕДОСТИГ НА СРЕДСТВА

Здравната реформа в България е инспирирана в голяма степен от недостига на обществени средства за здравеопазване, които са от порядъка на 4-5% от БВП (Таблица 1).

Таблица 1. Публични разходи за здравеопазване в България

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Процент от БВП	3,9	3,7	4,0	4,4	4,9	4,6	4,7	4,1
Процент от общите публични разходи	9,7	10,1	10,0	11,3	12,1	11,6	12,1	11,1
Дял на здравното осигуряване в разходите за здравеопазване (%)	9,9	13,0	35,8	40,6	51,6	63,2	76,1	–

Източник: НСИ, Министерство на финансите

Според международните сравнения, представени в Таблица 2, публичните разходи за здравеопазване у нас – и като процент от БВП и на глава от населението – са сред най-ниските в ЕС. По разходи на глава от населението след нас е само Румъния, а по дял на публичните разходи за здравеопазване в БВП, Румъния и Латвия. Дори на Балканите изоставаме по тези показатели след Хърватска, Сърбия и Македония.

Таблица 2. Публични разходи за здравеопазване в България: международни сравнения

Разходи на публичния сектор	Процент от БВП*						USD на глава от населението в средногодишен курс**				
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003
Чехия	6,0	6,0	6,3	6,6	6,8	6,5	347	327	373	471	600
Унгария	5,4	5,0	5,1	5,5	6,1	6,0	250	231	258	348	495
Полша	4,2	4,0	4,3	4,7	4,5	4,5	177	172	210	234	248
Словакия	5,2	4,9	5,0	5,1	5,2	5,1	196	186	193	228	318
Словения	5,8	6,7	6,9	6,8	6,7	6,7	628	640	683	751	930
Естония	4,9	4,3	4,0	3,9	4,1	4,2	197	170	176	203	282
Латвия	3,8	3,3	3,2	3,3	3,3	3,3	114	107	110	129	155
Литва	4,7	4,5	4,6	4,9	5,0	4,9	145	148	160	197	267
България	3,9	3,7	4,0	4,5	4,1	4,3	63	58	69	88	104
Румъния	3,4	3,5	3,6	3,8	3,8	3,4	54	59	65	79	100
Албания	3,1	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7	35	33	37	41	49
Хърватска	7,5	8,1	7,2	6,5	6,5	6,6	333	330	317	325	413
Босна и Херцеговина	6,1	5,0	4,4	4,4	4,8	4,6	76	58	54	62	85
Сърбия и Черна гора	4,1	3,6	–	–	–	–	45	34	54	86	136
Македония	5,4	5,1	5,1	5,8	6,0	5,9	98	91	86	107	136

Източник: * TransMONEE 2007; **WHR 2006

Доброволното частно здравно осигуряване все още не се е наложило като алтернатива на държавното. Според Световната здравна организация средствата за частно здравно осигуряване у нас са под 1% от разходите за здравеопазване. Всъщност онези 2-3 % от БВП които допълват публичните разходи за здраве в действителност са директни допълнителни плащания от страна на пациентите (Таблица 3). Тези данни не включват нерегламентираните (корупционни) плащания. Ето защо тежестта на здравното финансиране, което се поема от пациентите в България е много по-голяма от тази в останалите страни. Основателен е въпросът: защо, след като в България пациентите официално и неофициално плащат почти същата сума като държавата, те не избират доброволното частно здравно осигуряване.

Таблица 3. Публични и частни разходи за здравеопазване в България

Индикатор	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Процент от БВП	6,0	6,2	7,2	7,9	7,5	7,7
В това число публични (%)	65,4	59,2	56,1	56,6	54,5	55,8
частни (%)	34,6	40,8	43,9	43,4	45,5	44,2
В това число „от джоба“ (%)	99,0	99,0	99,2	98,4	98,4	–

Източник: WHR 2006 (до 2003 г.), Health Systems in Transition: Bulgaria 2007 за 2004 г.

Обяснението обикновено се свежда до това, че частното осигуряване за сега трудно може да се конкурира с държавното здравно осигуряване и не може да предложи по-голямо покритие и избор на пакети. Предимствата за пациента при сключване на частна застраховка, заедно със задължителното здравно осигуряване са по-големият избор на доставчика на здравни услуги. Както и възстановяване на разходите за предписани лекарства, които може да не фигурират в списъка на държавното здравно осигуряване. Тези предимства засега у нас остават по скоро на теория отколкото на практика. С нарастващите възможности за избор на лекар и покриване на разходите за лекарства, които предоставя НЗОК, те намаляват. Частните застрахователи не могат да предложат много различни пакети. Както частните застрахователи, така и НЗОК разчитат на едни и същи доставчици (изпълнители) на здравни услуги, като последните почти изцяло зависят от договорите си със здравната каса.

Докато предимствата при плащане на частна здравна застраховка не са особено големи, то разходите са значителни. Първо, при сключване на частна здравна застраховка не отпада, нито се намалява задължението за плащане на здравни осигуровки към здравната каса. Второ, данъчните стимули за индивидуалните здравни полици са ограничени до отчисление, не по-високо от 10% от облагаемата основа на личния подоходен данък. И трето, може да не е толкова лесно да се сключи атрактивен индивидуален застрахователен план. Пазарът на частното здравно осигуряване в България все още не е достатъчно развит и е насочен предимно към корпоративните клиенти. Обикновено допълнителните здравни осигуровки, доколкото ги има, са част от допълнителните стимули за работниците и служителите, приети от работодателя.

Ползите за работодателите при сключване на частни здравни застраховки на служителите също не са големи. При данъчното облагане разходите за тези застраховки се третират като социални разходи, които са освободени от данък до определена сума за човек на месец¹. С цел допълнително стимулиране, някои частни застрахователни дружества се опитват да привлекат нови корпоративни клиенти, като им предлагат и задължителните медицински прегледи на служителите и мониторинг на безопасността на труда на работното място заедно със здравната застраховка.

¹ За 2007 г. тази сума е 60 лв.

Накратко, държавата е поставила доста ограничения пред развитието на пазара на частното здравно осигуряване. Тези ограничения довеждат до отеглянето на застрахователите от пазара и намаляват конкуренцията. Вместо да предприеме мерки и да подпомогне този сектор, политиката по отношение на българското здравеопазване третира този пазар като недоразвит и неефикасен и е насочена към по-строги регулации и контрол на качеството на предлаганите услуги от страна на НЗОК. Необходима е радикална промяна в досегашните схеми на публично-частни партньорства.

1.3. НЕСТАБИЛНА РЕГУЛАТОРНА СРЕДА, ЗАЛАГАЩА НА АДМИНИСТРАТИВЕН КОНТРОЛ

НОРМАТИВНАТА УРЕДБА

Нормативната уредба на управлението на здравния сектор у нас бе коренно обновена през последните 9 години (*Виж Каре 1*). Финансирането на здравния сектор се урежда от Закона за държавния бюджет на Република България и Закона за бюджета на НЗОК. Вторичното и третично законодателство включва множество наредби и постановления на Министерския съвет, на Министерството на здравеопазването и на другите ведомства и агенции, чиято дейност е свързана с различни здравни рискове и опазването на общественото здраве. Широката и сложна законова рамка търпи постоянни промени в процеса на реформи и хармонизиране на българското законодателство с това на ЕС. Само Законът за здравното осигуряване претърпя 44 промени през последните 9 години. Подобни постоянни изменения рядко са съпроводени с оценка на действието на регулациите. Не бяха съобразени и с капацитета на администрацията и съдебната система за ефективно прилагане. Така се отвориха много вратички поради вертикални и хоризонтални несъответствия между различни компоненти на нормативната уредба². Това създаде сериозни предизвикателства пред синхронизацията на реформаторските усилия и връзките между различни институции и заинтересованите и засегнатите страни. Нещо повече – това доведе до създаването на благоприятни условия за злоупотреби и корупция от страна на администрацията. Част от бюрократичния хаос в здравеопазването може да се обясни именно с това прекомерно и разнопосочно нормотворчество през годините на здравната реформа.

² Вертикалните несъответствия са между първичното и вторичното законодателство, докато хоризонталните са между регулациите в различните здравни или обществени сектори, предмет на регулиране.

Каре 1. Нормативна рамка

- Закон за здравето (2004 г.), променян 16 пъти, наследник на Закона за народното здраве, (1973), променян 22 пъти между 1991 г. и 2003 г.
- Закон за здравното осигуряване (1998 г.), променян 44 пъти
- Закон за лечебните заведения (1999 г.), променян 22 пъти
- Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина (1995 г.), променян 25 пъти
- Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (1999 г.), променян 11 пъти
- Закон за храните (1999 г.), променян 12 пъти
- Закон за здравословни и безопасни условия на труд (1997 г.), променян 13 пъти
- Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите (1998 г.), променян 7 пъти
- Закон за съсловните организации на медицинските сестри (2005 г.), променян 4 пъти
- Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки (2003 г.), променян 2 пъти
- Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането (2003 г.), променян 3 пъти

Източник: Министерство на здравеопазването

ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА

Приоритетите в здравния сектор се определят от около 25 национални здравни стратегии и програми (Каре 2). Те са насочени към проблемите, които се възприемат като най-високи рискове за здравето: СПИН, туберкулоза, шарка и рубеола, болести на сърдечносъдовата система, ранна диагностика на ракови заболявания, остеопороза, психично здраве, превенция на самоубийствата, наркотици и цигари, сигурност на храните и трансплантации. Повечето от тези програми и стратегии са част от международни кампании и проекти. Според проекта за Национална здравна стратегия от 2006 г. бюджетните средства, отделени за профилактични програми се равняват на 18 млн. лева, което възлиза на по-малко от 1% от годишния бюджет за здравеопазване през 2006 г.³

Тези приоритети са от компетенцията на Министерство на здравеопазването, но други ведомства също имат водещи отговорности. Министерството на труда и социалната политика носи основната отговорност за въвеждането на стандарти за безопасни условия на труд, а Министерството на околната среда и екологията отговаря за прилагането на стандарти за защита на околната среда.

³ Национална здравна стратегия 2007-2012 г., с. 17.

Каре 2. Политически стратегии и програми

- Национална здравна стратегия 2007-2012 г.
- National strategy on supply of medicines 2004 г.
- Национална програма за развитие на инвазивната кардиология , 2002 – 2008 г.
- Превенция, лечение и рехабилитация от наркотични зависимости, 2001 – 2005 г.
- Национална стратегия и работна програма за профилактичен онкологичен скрининг, 2001 – 2006 г.
- National Program for psychic health reform 2001 – 2010; и Политика за психично здраве на Република България, 2004 – 2012 г.
- Национална програма по нефрология и диализно лечение
- Национална програма за контрол на туберколозата, 2004 – 2006 г.
- Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето, 2002 – 2006 г.
- Национална програма за суицидопрофилактика
- Национален план за действие по околна среда - здраве
- Програма за превенция и контрол на ХИВ/СПИН, 2001 – 2007 г.
- Национална програма за ограничаване на остеопорозата, 2006 – 2010 г.
- Национална програма за елиминация на морбили и вродена рубеола, 2005 – 2010 г.
- Стратегия на Република България по безопасност на храните, 2000 г.

Заедно с това съществуват над десет специализирани агенции с образователни, информационни и контролни функции. Много от тях бяха създадени през последните 16 години в рамките на различни донорски програми. От днешна гледна точка и поради липсата на реално реструктуриране, по-голямата част изглеждат нужен, но скъп принос в здравната реформа, като ползите от него все още не са напълно реализирани.

УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО

Управлението на качеството на здравните услуги залага почти изцяло на всеобхватен административен контрол за сметка на адекватни финансови стимули. При това контролът е главно на входа на системата. Основни негови инструменти са акредитацията на лечебните заведения и медицинските стандарти.

Акредитацията на лечебните заведения цели да осигури минимални стандарти на техническо оборудване и квалификация, необходими за съответните услуги, които се покриват от НЗОК. Тези изисквания са изброени в Наредба за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения към Закона за лечебните заведения. Процесът на акредитация обаче не може да играе ролята на филтър на входа на системата – на практика почти всички стари и неефективни болници и медицински центрове получиха акредитация. Една от причините е, че в голяма част от страната покритието и

достъпът до здравни услуги са по-важни, отколкото качеството. Друга причина е, че обикновено местните политически и социални приоритети надделяват над грижата за качеството.

Освен чрез акредитацията, качеството в здравния сектор се регулира от **24 медицински стандарта за обслужване според различните групи заболявания**, които разписват в детайли изискванията за медицинско оборудване, необходимият медицински персонал и квалификация; съдържат подробни дефиниции за различните синдроми, покрити от съответния стандарт, както и съответните интервенции.

Накратко, управлението на качеството силно разчита на строгите и изчерпателни регулаторни изисквания и контрол, което е свързано със значителни административни разходи за прилагането им. При това парите, които НЗОК възстановява, не са обвързани с качеството на предлаганите услуги. Така, след като получат акредитация и покрийт стандартите, медицинските практики и болници нямат никакъв стимул да вложат средства за развитие на човешките ресурси, да инвестират в нови технологии и да направят други капиталовложения, които биха повишили качеството на здравната помощ. Системата е проектирана така, че да може да покрие единно минимално ниво на стандарти.

В същото време прилагането ѝ не е достатъчно ефективно, защото нито Министерството на здравеопазването, нито НЗОК имат необходимия капацитет да наложат санкции или да откажат акредитация на лечебни заведения в райони с ограничено покритие и достъп, където проблемите с качеството на медицинската помощ са най-критични. Тази система, която залага главно на контрола и санкциите, но в същото време има недостатъчен капацитет за административна принуда поставя взимашите политически решения в порочен кръг, в който все повече се увеличават административните изисквания и контрола, което влошава степента на съобразяването от страна на лекарите и здравните мениджъри със законите, а взаимното доверие и зачитане на интересите между държавата, здравните специалисти и пациентите е все по-крехко.

ЧОВЕШКИЯТ И ФИЗИЧЕСКИЯТ КАПИТАЛ

В резултат на изброените дотук слабости в управлението на здравния сектор, той страда от свръхкапацитет по отношение на амортизирани материалните активи, слаба поддръжка, неефективно използване на ресурсите и стари технологии за диагностициране и лечение. Броят на **болничните легла** беше намален (Виж Таблици 8 и 9, стр. 28, 33), а средната годишна използваемост на легловата база от един пациент (в дни) се увеличи. Това обаче не доведе до значително оптимизиране на разходите, тъй като намаляването на броя на болничните легла не доведе до намаляване на стаите и съоръженията за лечение на един пациент.

По отношение индикатора **лекари на глава от населението**, България е поддържала винаги високи стойности. От друга страна обаче има много вакантни длъжности, особено за доктори със специалност. Свръхпредлагането от

една страна и концентрацията на лекари в градовете води до двоен проблем – ниски възнаграждения и липса на мотивация на медицинските работници от една страна и лошо регионално покритие от друга. Допълнителен проблем е **недостигът на медицински сестри**. Той се дължи на миграцията на медицински сестри към Европа и малкия брой специализирани колежи. Съотношението брой медицински сестри на един лекар в България е около два пъти по-нисък от това в другите страни в Европа, като перспективите за неговото оптимизиране в близко бъдеще не са оптимистични.

Като цяло, въпреки че много бе направено и значителни средства похарчени, резултатите от реформите съществено се разминават с очакванията на мнозинството и от пациентите и от лекарите. Ако от гледна точка на потребителите целта на реформата бе замяна на държавното здравеопазване със здравноосигурителна система, която да гарантира достъп и покритие заедно с възможност за избор от страна на пациента едновременно с конкуренцията между доставчиците на медицински услуги, то тази цел не е достигната. Ако от гледна точка на доставчиците (докторите и мениджърите в здравния сектор) целта на реформата бе да се наложи принципът „парите следват пациента“, т. е. разпределението на публични средства да става на основата на броя на пациентите, извършените дейности и постигнатите резултати и качество на обслужването, тази цел също не е постигната.

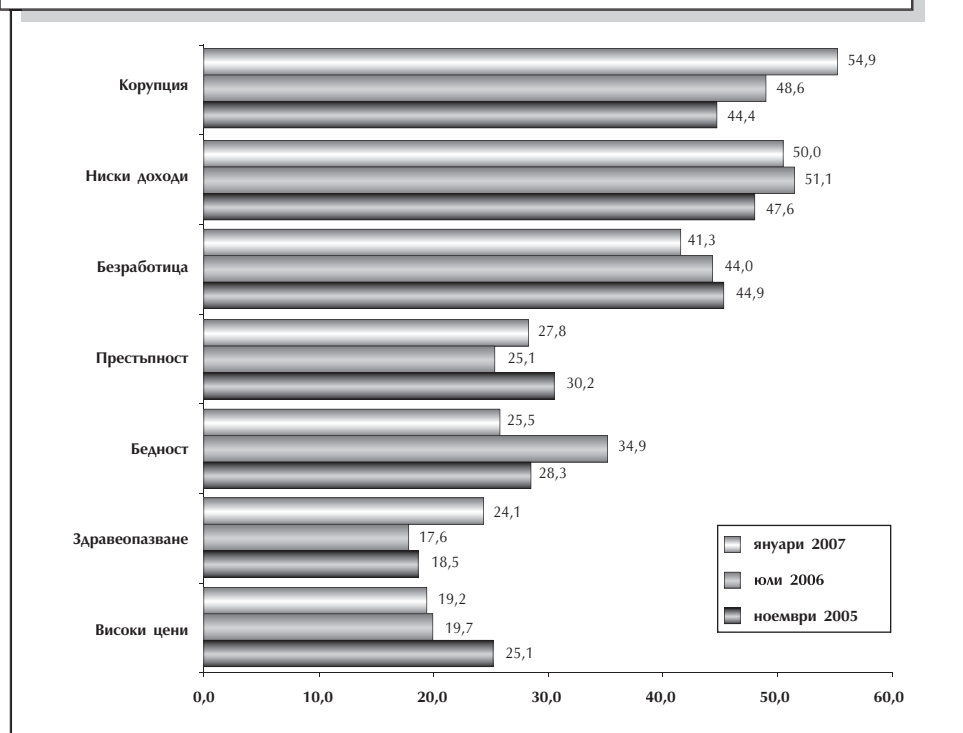
Накратко, нито по отношение на резултатите, още по-малко по отношение на направените досега разходи, реформата в управлението на публичното здравеопазване може да получи задоволителна оценка. Общата сума на средствата, отделяни за здраве не е толкова ниска по международните стандарти, но сравнително голяма част от нея са индивидуални директни плащания за здравни услуги, като по-голяма част от последните се дават под масата. Българинът плаща повече (здравноосигурителни вноски, формални и неформални индивидуални плащания), отколкото гражданите на други страни в преход, при това – за по-лоши услуги. Сегашната система игнорира инвестициите в нови технологии и продължаващото обучение на медицинските специалисти. Здравеопазването, превенцията на болестите и профилактичната дейност остават извън обсега на реструктурирането и все още са недостатъчно финансирани и лошо управлявани. Не на последно място, достъпът на най-уязвимите групи на обществото до медицински услуги е ограничен и неравностоен.

2. КОРУПЦИЯТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

2.1. РАВНИЩЕ И РАЗПРОСТРАНЕНИЕ

Българското общество проявява висока чувствителност към проблемите на здравеопазването и корупцията изобщо. Гражданите традиционно ги нареждат сред основните предизвикателства на българския преход. През 2007 г. корупцията се изкачва на първо място сред основните проблеми на българина, а здравеопазването – на шесто място почти наравно с такива проблеми като престъпността и бедността (Фигура 1).

Фигура 1. Кой са трите основни проблема, пред които е изправена България?
(Процент от респондентите, посочили конкретния проблем)



Източник: Витоша Рисърч

Международните и национални индекси за оценка на равнището на корупцията показват тенденция към намаляване на малката и административната корупция в България през последните пет години. Здравеопазването се отличава от тази обща тенденция, като по някои показатели се забелязва дори нарастване. Системата за мониторинг на корупцията (СМК) на Витоша

Рисърч показва двукратно увеличение на дела на гражданите, които посочват сферата на здравните услуги сред тези с най-голяма корупция: от 20% през 2002 г. до 40% през 2007 г. Този резултат поставя здравеопазването на трето място след митниците и съдебната система, като в последната класация те изпреварват органите на МВР в обществената класация на най-засегнати от корупция институции. Подобни са резултатите и от оценката на обществото по отношение на степента на разпространение на корупционните практики сред лекарите. Близко две трети от гражданите смятат, че почти всички или повечето лекари са замесени в корупционни практики (Таблица 5), като по този показател лекарите се нареждат веднага след митничарите и представителите на правораздавателните и правоохранителните органи, изпреварвайки данъчните служители, политическия елит, министри и кметове.

Таблица 4. Къде в България корупцията е най-разпространена?

Посочилите съответната институция (%)

	2002/10	2003/10	2004/11	2005/11	2007/01
В митниците	30,4	49,5	50,9	52,6	63,1
В правосъдието	28,5	42,0	40,8	43,0	49,8
В здравеопазването	20,6	27,8	35,2	35,1	39,6
В системата на МВР (в т. ч. КАТ)	19,9	33,9	33,8	32,3	39,4
В политическия елит	30,3	26,1	16,9	16,4	33,0

Източник: Витоша Рисърч

Разбира се, изводите за действителното равнище на корупцията, извлечени от оценките на обществото, трябва да се приемат с уговорки. В много случаи те може да отразяват успехи в борбата с корупцията в съответната сфера, разкриване на повече случаи, непримиримост и по-добър антикорупционен контрол вътре в институцията, както и увеличаване на обществената нетърпимост към тези корупционни практики. Всичко това повишава стойностите на обществените оценки за равнището на корупцията в краткосрочен план, докато в действителност честотата на корупционните практики може да показва различна динамика. Ето защо тези индикатори не би трябвало да се използват за категорични изводи относно динамиката на равнището на корупцията. Те показват по-скоро отношението на обществото към проблема, обществената му значимост, мястото му в обществения антикорупционен дневен ред и, като такива, трябва да бъдат използвани в антикорупционната политика. Те показват, че превенцията и противодействието на корупцията в здравеопазването е между най-важните приоритети на българския антикорупционен дневен ред.

По-сигурен показател за реалната динамика и разпространение на корупционните практики е споделият личен опит от пациентите. Този индикатор отразява каква част от населението реално се е сблъсквала с искане за неполагаща се облага при контакти с лекари. Показателно е, че по споделил личен опит за корупционен натиск, лекарите оглавяват класацията на СМК, като за

Таблица 5. Оценки за разпространението на корупцията сред различните професионални групи
(Процент на отговорите „Почти всички“ или „Повечето“ са въвлечени в нея)

	2002/10	2003/10	2004/11	2005/11	2007/01
Митнически служители	79,2	74,5	70,3	71,8	78,0
Съдии	63,0	57,3	56,1	59,3	67,5
Прокурори	63,0	55,7	55,3	57,1	66,9
Адвокати	62,3	55,8	54,9	54,7	64,5
Полицейски служители	59,6	59,2	58,8	56,1	65,4
Лекари	54,9	52,9	55,4	54,5	64,1
Данъчни служители	58,0	49,3	49,9	53,5	63,8
Депутати	56,2	54,5	50,7	53,4	63,8
Политически и партийни лидери	54,0	47,6	50,5	51,6	62,7
Министри	50,8	52,6	45,4	51,1	61,7
Следователи	57,5	49,2	51,7	50,5	60,3
Кметове и общински съветници	48,3	43,4	47,0	47,5	58,0
Служители в министерство	48,3	40,1	42,6	44,4	50,8
Общински служители	49,1	36,5	44,3	43,4	43,8
Университетски преподаватели	33,4	36,5	33,1	29,9	32,3
Представители на нестопански организации	21,4	22,3	23,7	26,6	31,7
Учители	13,9	11,0	14,0	14,4	15,7

Източник: Витоша Рисьрч

последните 5 години са се изкачили от четвърто на първо място (Таблица 6). Разбира се, това не означава непременно, че лекарите са по-корумпирани от останалите в класацията. По-високият процент случаи на корупционен натиск изведени от личен опит на респондентите може да отразява по-висок процент на контактите с лекари, отколкото с митничари, или полицейски служители⁴. Но този резултат със сигурност означава, че корупцията в здравеопазването засяга повече хора отколкото корупцията в която и да е друга професионална група, т.е. щетите от нея се понасят от най-широки обществени кръгове.

⁴ В този смисъл по-точна мярка би бил процентът на тези, на които са били поискани пари или услуги от респондентите, контактувалите със съответната група, но такава разбивка би изисквала изключително широка извадка.

Таблица 6. Лично изпитан корупционен натиск по професионални групи
(Процент на посочилите съответната професионална група в отговор на въпроса: „Ако през последната година се е случвало да Ви поискат нещо (пари, подарък или услуга), за да бъде решен Ваш проблем, то Ви бе поискано от...“)

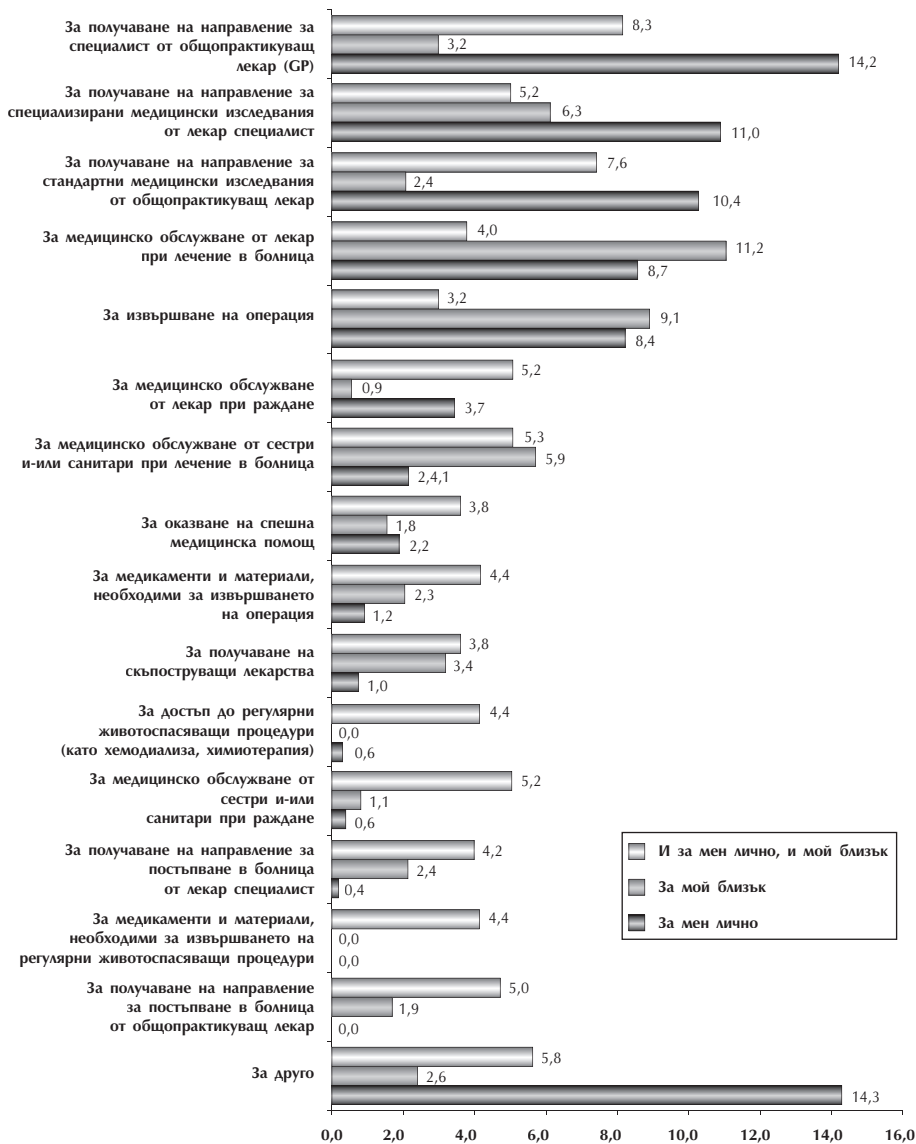
	2002/10	2003/10	2004/11	2005/11	2007/01
Лекари	20,3	16,6	22,5	26,2	30,1
Полицейски служители	22,3	13,9	22,2	27,7	26,7
Митнически служители	19,4	15,3	13,8	22,1	23,8
Адвокати	26,5	13,8	16,5	22,0	18,9
Прокурори	12,3	4,2	5,1	1,2	14,3
Следователи	8,3	9,6	5,0	1,3	13,3
Съдии	16,6	8,5	5,8	3,4	11,7
Служители в министерства	5,6	8,2	6,3	8,2	11,5
Данъчни служители	4,2	5,9	5,1	8,1	11,3
Преподаватели в университети	11,9	16,6	12,6	15,3	10,7
Служители в университети	5,6	9,0	9,0	10,1	9,8
Кметове и общински съветници	5,3	3,3	6,6	6,5	9,8
Общински служители	10,9	6,4	10,3	9,5	9,5
Политици и лидери на политически партии	7,1	4,1	5,0	2,5	7,7
Учители	7,4	5,6	6,2	6,0	4,0
Представители на нестопански организации	5,0	1,4	1,3	1,5	2,5

Източник: Витоша Рисърч

2.2. ВИДОВЕ КОРУПЦИОННИ ПРАКТИКИ

Най-често срещаните корупционни практики в здравеопазването са свързани с даването на подаръци или плащането на определена сума извън официално регламентираните такси. За разлика от други типове „малка корупция“ при този крайният потребител на здравни услуги е обект на корупционен натиск без да има голям личен избор относно корупционното си поведение. Това е типичен случай, в който даващият подкупа е жертва, а не съучастник и облагодетелстван. Пациентът дава подкуп за да получи здравно обслужване на съответното качество, което му се полага като здравно осигурен. Това прави здравеопазването една от областите, където виктимизационните изследвания са ефективен диагностичен инструмент. Най-често срещаните корупционни практики в здравния сектор са представени на *Фигура 2*.

Фигура 2. За какво са правени подаръци/услуги, плащани са суми извън официално регламентираните такси?
(Процент на посочилите съответния отговор)



Източник: Витоша Рисърч, 2005 г.

Напоследък често се лансира идеята, че неформалните плащания в здравния сектор не са корупционни, ако следват здравната услуга, а не я предхождат. С други думи, ако пациентът плати на хирурга 300-400 лв. след операцията, това е благодарност, а не подкуп, тъй като само от пациента зависи дали ще ги плати и лекарят няма лостове за натиск. Да оставим настрана правната страна на въпроса, според която дали облагата е неполагаща се не зависи от момента на предоставянето ѝ. Още повече, че както показва практиката, в някои случаи лекарите могат да бъдат доста твърди при определяне на размера на „благодарността“ и да не я приемат ако е под очакванията им.

На практика обаче, лекарите, които очакват допълнителни плащания за своите усилия (а това са всички или почти всички според 2/3 от участниците в представителната извадка от Таблица 5), рядко разчитат на чувството за благодарност на пациентите. Те или използват като претекст скъпо струващи техники и консумативи, или насочват пациента за диагностика и лечение към частните си практики. В условията на изкуствено поддържан дефицит от висококачествени специализирани услуги на пазара е нормално нуждаещите се да стигат до добрите лекари трудно и с връзки, при които допълнителното плащане на ръка е по-скоро правило отколкото изключение, а размерът му е негласно регламентиран.

Не всички видове корупционни практики в здравния сектор обаче могат да се отнесат към този тип. Изключение правят някои видове корупция, свързани не толкова с потреблението на здравни услуги, колкото с упражняването на осигурителни права като временна нетрудоспособност (болнични листове), трайна нетрудоспособност и трудоустрояване. При тези видове корупция пациентите могат да бъдат жертва на изнудване, но могат да бъдат и съучастници с лекарите в извличане на неполагаща се облага (далеч по-голяма от стойността на подкупа или подаръка) от осигурителните и пенсионни фондове.

В друга група от корупционните практики в здравеопазването, интересите на пациентите са косвено засегнати без те да са преки участници в корупционната сделка. Към този тип корупция спада корупцията на пазара на лекарства, злоупотребите при финансирането на болниците от НЗОК, административната корупция, свързана с управлението и контрола върху доставчиците на здравни услуги, както и върху прилагането на хигиенно-епидемиологичните стандарти и стандартите по безопасност на труда при регулирането на търговската дейност. Тези видове корупция включват различни други участници и засегнати страни в икономиката на здравеопазването, и могат да стигнат до горните етажи на управлението. Така например, злоупотребите при търговията с лекарства могат да бъдат в сферата на малката корупция, когато дистрибутори дават на лекари комисионни или подкупи, за да ги накарат да предписват техните лекарства; или в сферата на корупцията при обществените поръчки, когато са свързани с доставки за болниците; или дори – корупция на горните етажи на властта, когато се отнася до одобряване на позитивните списъци на лекарствата (за реимбурсиране от НЗОК) и централизираните обществени поръчки на лекарства и медикаменти.

Социологическите изследвания сред пациентите показват, че големите проблеми с корупцията в здравната система са свързани с болничното лечение. Изследване на АССА-М от 2006 г. показва, че за по-голямата част от респондентите корупцията е главно в болничния сектор (Таблица 7).

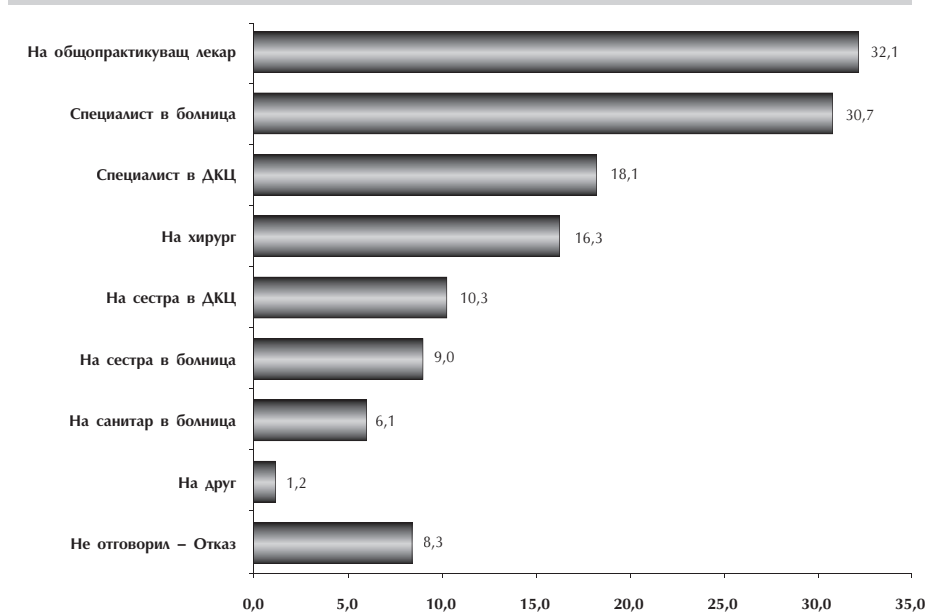
Таблица 7. Оценка за разпространението на корупцията в здравеопазването
(Процент на респондентите, определили корупцията в съответния сектор като голяма)

В болниците – за да бъде направена операция	47,9%
В болниците – за помощ при раждане	39,5%
В болниците – за всекидневното обслужване	28,9%
В болниците – за да бъде приет човек в болница	24,8%
При лекарите – специалисти в доболничната помощ	19,5%
При личните лекари	9,9%

Източник: АССА-М, 2006 N = 1028

Макар и по-ограничено по размери и форми, нерегламентираното даване на подаръци и пари е често срещано и в доболничния сектор, въпреки че там преобладава частната практика. Според изследването на Витоша Рисьрч за корупцията в здравеопазването от 2005 г. – 32% от респондентите са давали подаръци или пари на личните лекари, а 18% са „стимулирали“ по този начин лекари специалисти от доболничния сектор (Фигура 3). Следващите два параграфа разглеждат предпоставките за корупционни практики в двата под-сектора на здравеопазването.

Фигура 3. На кого сте давали нерегламентирани подаръци и пари?
(Процент на посочилите съответния отговор)



Източник: Витоша Рисьрч, 2005 г.

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 б).

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.

4. КОРУПЦИЯТА В БОЛНИЧНИЯ СЕКТОР

В сравнение със сектора на извънболничните услуги, реструктурирането на болничния сектор напосо дерайлира. Не случайно концентрацията на корупционни рискове и практики там е по-висока. Секторът обхваща над 300 болници и диспансери (Таблица 9). В началото на реформата през 2000 г. всички те бяха превърнати в акционерни дружества с държавна и общинска собственост. Около 20 университетски болници и национални здравни заведения останаха изключителна държавна собственост. Освен в тях, държавата запази и основния дял (51%) в 28-те областни болници. Останалите 49% бяха разделени между общините в съответната област. Други 102 болници са изцяло общинска собственост. Броят на частните болници е 45 с общо 1565 легла, което е едва 3% от легловия фонд в болничния сектор. Според проекта за Национална здравна стратегия от 2006 г., поне до 2013 г. приватизацията на болниците не е сред непосредствените приоритети на здравната реформа.

Таблица 9. Лечебни заведения и леглови фонд

	2004 г.		2005 г.	
	Брой	Легла	Брой	Легла
Общо	306	47 709	262	45 537
Многопрофилни болници, в това число:	127	29 665	125	29 270
за активно лечение	126	29 545	125	29 270
долекуване, продълж. лечение и рехабилитация	1	120	–	–
Специализирани болници, в това число:	70	8 723	70	8 327
за активно лечение	28	3 743	29	3 742
за долекуване и продълж. лечение	9	585	9	570
за долекуване, продълж. лечение и рехабилитация	9	591	10	711
за рехабилитация	24	3 804	22	3 304
Психиатрични болници	11	2 750	12	2 790
Други болнични заведения	2	110	1	60
Болници към други ведомства	7	1 530	9	3 525
Частни болници	40	819	45	1 565
Диспансери	49	4 112	48	4 089
За белодробни болести	13	787	13	787
За кожно-венерически болести	12	208	11	203
За онкологични болести	12	1 593	12	1 575
За психични болести	12	1 524	12	1 528

Източник: Национален център по здравна информация

Когато НЗОК започна да плаща болничните услуги на 1 юли 2001 г., общата сума възлизаше на 20% от болничния бюджет. През 2007 г. тази сума покрива над 90% от публичните разходи за болнични услуги. Заплащането става въз основа на извършена медицинска дейност по **клинични пътеки** (КП). Те представляват точно определени изисквания и инструкции за болнична диагностика, процедури за лечение и интервенции - според симптомите на заболяването, според направлението от личния лекар или специалиста. Клиничната пътека регламентира минималния период на хоспитализация за всяка интервенция или медицинска услуга включена в клиничната пътека; кодовете на болестите и процедурите според международната класификация на заболяванията¹⁰; минималните изисквания за сключване на договор, включително болнични звена, оборудване и специалисти; симптомите за хоспитализация и лечения, включително – процес на лечение, инструкции за процедурите, следболнична рехабилитация и режими на работа. От началото на реформата покритието на болнични клинични пътеки от НЗОК се увеличи над 10 пъти: от 30 КП, покриващи 158 диагнози през 2001 г. до 299 КП, покриващи около 7500 диагнози през 2007 г.

Нарастването на покритието на здравната застраховка даде възможност в началото на 2006 г. да бъдат спрени субсидиите от държавния и общинските бюджети за повечето болници и диспансери и НЗОК стана единственият източник на финанси за болничния сектор. През 2006 г. Министерство на здравеопазването пое финансирането само на психиатричните диспансери и дейностите по националните здравни програми като програмата за трансплантации. По този начин от бюджета на публичния болничен сектор, който възлиза на 835 млн. лв., 740 млн. лв. се поемат от НЗОК, а 95 млн. лева от бюджета на Министерство на здравеопазването.

Накратко, нарасналото покритие и завършеният преход към здравно-осигурителна система са двата главни позитивни резултата от реформата в болничния сектор. Въпреки това, все още не са преодолените главните проблеми, които правят болничния сектор податлив на корупционни практики и изнудване, повечето от тях свързани със системата за финансиране от НЗОК.

Един от най-симптоматичните показатели за лошото финансово здраве на болниците е хроничният проблем с тяхната задлъжнялост. Причините за това се коренят в неадекватното финансиране на някои скъпи клинични пътеки от страна на НЗОК, както и в меките бюджетни ограничения до края на 2005 г., които водеха до тенденция към свръхразходи в болниците. Те нямаха стимул да намаляват дълговете си към доставчиците, тъй като знаеха, че в края на годината Министерство на здравеопазването покрива неразплатените им разходи. Преминаването към финансиране изцяло от касата за повечето болници се очаква да намали подобна финансова безотговорност от тяхна страна. При условие, че плащанията по много клинични пътеки са под реалните болнични разходи обаче, такъв ефект не е сигурен. Напротив, възможно е напрежението между лекари и държава да се засили. Болничният сектор влезе в 2006 г. с 200 млн. лв. неизплатени дългове, което се равнява на почти 25% от

¹⁰ International classification of diseases, 10th version (ICD 10); and International Classification of Diseases, 9th clinical modification (ICD 9CM).

бюджета му за годината. В края на 2006 г. без много шум около 160 млн. от този дълг на университетските и областните болници беше покрит от държавата, отново с публичните заклинания на министъра, че това се случва за последен път. Всъщност между държавата и лекарите все още няма съгласие как този проблем ще бъде трайно решен. През 2007 г. страните не можаха да постигнат и съгласие по самия Национален рамков договор. С това преговорния механизъм бе съвсем блокиран и отвори пътя на стачки и синдикални искания от страна на лекари и медицински сестри.

Разбира се, много по-важно от това кой ще плаща този дълг, е въпросът за неговия произход и предотвратяване му в бъдеще. Сегашната система, основана на клинични пътеки, има значителни недостатъци, които затрудняват ефикасното използване на ресурсите. Оценката на някои КП подсказва, че все още съществуват елементи, които имат за цел преразпределение на средства и по-скоро поддържат малките болници живи, отколко да покриват реалните разходи за пътеките. По този начин някои основни клинични пътеки, които са решаващи за мнозинството болници са надценени, за разлика от скъпоструващи пътеки, които са подценени и остават за сметка на болниците и пациентите. Това свива достъпа до по-скъпите болнични услуги и е предпоставка за корупционни практики.

Съществуват и редица ограничения при заплащането по клиничните пътеки, които стимулират преразходите. Така болничните разходи могат да бъдат възстановени единствено ако всички процедури и интервенции, описани в клиничната пътека, са извършени. Дори някои от тях да не са били необходими по време на лечението, болницата трябва да ги извърши или просто да ги отчете, ако желае да избегне загуби за реално извършени процедури. Този принцип „всичко или нищо“ води до свръхразходи или до недостатъчно финансиране на клинични пътеки, в ущърб на лечението на пациента. Нещо повече – такива рискове принуждават болниците да регистрират новопостъпилите пациенти при възможност по по-скъпата клинична пътека от диагнозата в направлението, като застраховка, в случай че се наложат по-скъпи манипулации от първоначално очакваните.

Не на последно място – финансирането на база клинични пътеки става на основата на рамка, която е съгласувана с НЗОК и със съответния бюджет на болницата, а не с реалните разходи за извършване на медицинските услуги. Тази бюджетна рамка е изготвена в съответствие с капацитета на отделните болници да приемат пациенти по всяка една пътека, договорена с НЗОК. Той се определя на базата на отчети за предходните години, (т. е. на исторически принцип), на наличната техника и опит. Болниците могат да надхвърлят този бюджет само с 5%.

Тези строги бюджетни ограничения имат своите оправдания. Те са превантивна мярка срещу надценяване на разходите и/или акумулиране на дългове. Имат за цел да осигурят равнопоставеност, прозрачност и отговорност при разпределението на средствата между болниците. В миналото поради разликите в оборудването и разликите в нивата и качеството на предоставяните услуги университетските болници получаваха повече пари отколкото общинските за едни и същи КП. Заедно с това, често се чуваха обвинения, че дълго-

вете на избрани елитни болници по-лесно се изплащат напълно от МЗ поради връзките им с политическия елит. В тази здравна икономика на дефицити и дългове принципалът в лицето на Министерството на здравеопазването преценява коя болница да спаси по-напред и доколко да покрие нейните дългове, което пък е лост да държи техните ръководства в зависимост и подчинение.

След 2006 г. всички болници започнаха да получават една и съща сума за еквивалентни КП, като имат право да надхвърлят определения бюджет в рамките на споменатите 5%. Логиката на тази уредба е, че НЗОК финансово покрива минимално равнище за дадена КП. В случай че качеството и реалните разходи са по-високи от това, разликата трябва да е за сметка на пациента, т. е. пациентът има избор какви услуги да получи - минималните, гарантирани от НЗОК, или по-качествени, с цената на допълнително заплащане. Това обаче предполага всяка болница да има ценова листа, от която пациентът да може да се информира каква част от клиничната пътека се покрива от касата и каква част трябва да заплати той.

Проблемът с подценяването на редица клинични пътеки от здравната каса води и до проблемите с неадекватното заплащане на труда на лекарите и специалистите, което се превърна в основен двигател на стачките срещу управлението на здравния сектор през 2007 г. Ниската мотивация на медицинските работници и специалисти в болниците и недоволството от възнагражденията, които получават, са и основен източник на корупционни рискове и практики. За разлика от техните колеги в доболничния сектор, специалистите в болничния сектор се наемат от болниците. Техните доходи и условия на труд зависят от качеството на болничния мениджмънт. През последните години разликата между заплащането на лекарите в болничния и доболничния сектор се увеличи значително. За да ги запазят в болниците техните управници си затварят очите пред много явни и скрити компромиси с професионалната етика и лоялността към работодателя. Така например, много от специалистите, които работят в болниците имат и собствени частни практики. Това смесване на публични и частни ангажименти не винаги е в интерес на пациентите, още по-малко на работодателя.

Опитите за преодоляване на проблема с неадекватното заплащане на труда в болничния сектор досега се свеждат до деконцентрация на управлението на публичното здравеопазване и делегиране на повече права и отговорности на ръководствата на болниците. Принципалът във всички случаи е държавата (Министерство на здравеопазването) или общината, която назначава борда на директорите и приема рамката на колективния трудов договор и на равнищата на заплащане. Бордът на директорите има сравнително голяма свобода на действие относно разпределението на фонд работна заплата. Националният рамков договор гарантира, че той се формира от не по-малко от 40% от постъпленията от НЗОК по клиничните пътеки. Няма горна граница на средствата, които могат да се разпределят за заплати. При неадекватното заплащане по клиничните пътеки тази регулаторна уредба на практика връзва ръцете на болничния мениджмънт по отношение на инвестиции и закупуване на медикаменти и услуги. Данъчната уредба също влияе в тази насока. Освобождаването на болничните услуги от ДДС създава стимули към трудоемки дейности и избягване на доставки на стоки и услуги, тъй като болницата няма

право на данъчен кредит върху тях. В резултат болниците не инвестират в дълготрайни активи, а по отношение на текущите разходи трупат задължения към доставчиците, с надежда принципалът да ги изчисти. Или пък просто прехвърлят текущите разходи към пациентите, като изискват доплащания в брой за лекарства и услуги от тях.

В този си вид, въпреки че номинално е основано на всеобщо задължително здравно осигуряване, финансирането на болничния сектор чрез тавани по клинични пътеки, договоряни двустранно с всяка болница, съдържа силни елементи на централизирано разпределение на средствата за здравеопазване. Напредъкът е само в това, че преди държавата разпределяше между болниците бюджетните пари събрани от данъците, докато сега разпределя чрез НЗОК осигурителните пари събрани от задължителните здравни осигуровки. Болниците нямат интерес да предоставят повече услуги от договорените с НЗОК, тъй като може и да не получат заплащане за тях. Системата не предлага стимули за търсене на оптимален баланс при разпределението на средствата за заплати, лекарства и материали по всяка КП. Без регулиране на минималните разходи за лекарства по КП, които се заплащат от НЗОК, системата е предразположена към злоупотреби, защото болничното ръководство може под натиска на лекарите и медицинските сестри да насочи средствата, изплащани от НЗОК, към техните заплати и да принуди пациентите да заплащат за лекарства, които са калкулирани в цената на КП.

Освен това, системата не предоставя стимули за иновации и нови технологии. Няма механизъм подобни разходи да бъдат взети предвид и стимулирани при разпределението на средства от НЗОК. Подобно е и положението с разходите за повишаване на квалификацията на лекарите. При преимущественото финансиране от здравната каса и липса на конкуренция между доставчиците на болнична помощ няма как тези разходи да бъдат възнаградени. Напротив, при заплащане по клинични пътеки, което не прави разлика между старо и ново оборудване и технологии, всички разходи за инвестиции и обучение на практика намаляват фонда работна заплата. С други думи, разходите за инвестиции в качество засега могат да бъдат върнати само чрез нерегламентирани плащания от платежоспособни пациенти директно към лекуващите лекари.

Поставени между НЗОК и пациентите в своята борба за оцеляване, болниците се опитват да прехвърлят тежестите на финансирането или към касата или към пациентите. Оттам, за нуждите на този анализ, корупционните практики и злоупотреби в болничната помощ биха могли да се разделят на две групи: тези, засягащи директно пациентите, чрез взимане на допълнителни нерегламентирани плащания от тях и тези, засягащи ги индиректно чрез „надписване“ на действителните разходи, когато болниците ги предявяват за реимбурсиране от касата.

Типични примери на корупция в болничния сектор са подкупи за настаняване в болница, закупуване на лекарства и медикаменти, които са включени в стойността на клиничната пътека, покани за официално дарение на болницата, допълнителни заплащания за лечения и операции (*Таблица 10*).

Таблица 10. Разпространение на корупционни практики в болниците според личния опит на преминалите болнично лечение
(Процент на потвърдилите, че при престоя си в болница са попадали в някоя от изброените ситуации)

Да купувате сами консумативи, които ползвате при престоя си в болницата?	28,2%
Да купувате сами лекарства, които ползвате при престоя си в болницата?	27,8%
Да дадете пари на ръка на лекуващия лекар за операция?	9,9%
Да дадете пари на ръка, за да можете да постъпите в болница	5,6%
Да поискат да направите официално дарение в пари за болницата?	4,1%
Да дадете пари на ръка на лекуващия лекар за раждане?	1,3%

Източник: АССА-М 2006 N = 1028

Широко разпространена практика е да се принуждават осигурените пациенти да заплащат за лекарства и медикаменти. Оправданието е липса на средства, недостатъчно финансиране от здравната каса и т. н. Пациентите не са в състояние да откажат, а лекарите все по-рядко гледат на това допълнително нерегламентирано принудително заплащане като на корупционна практика. Причината в много случаи е, че това не е индивидуален, а колективен полу-институционализиран индиректен инструмент за увеличаване на личното заплащане, при който личните задръжки не играят роля. Както вече бе посочено, при дефицит на финансирането на болниците, заплатите на лекарите са защитени с долен праг на разходите, но правата на пациентите с регламентиране на разходите за медикаменти не са. Така системата създава стимули при засилващата се автономия на болниците, и прехвърляне на натиска на лекарите и отговорността от държавата към болничната управа, последната да насочва приоритетно средствата от касата за работни заплати, а разходите за медикаменти да бъдат остатъчна величина.

Още по-институционализиран, макар и по-ограничен тип корупционен натиск е, когато от болния се изисква да направи дарение за болницата. За такива случаи свидетелстват 4% от респондентите, преминали болнично лечение в изследването на АССА-М от 2006 г.

Подобно е положението и с широкото полу-институционализирано разпространение на конфликти на интереси. Всеки лекар, работещ в болница, може да има и частна практика като специалист в извънболничната помощ. Повечето диагностична апаратура е в болничния сектор. Така се създават условия за конфликт на интереси: използване на болничната апаратура за частни прегледи, насочване на пациенти към частни кабинети. Социологическите проучвания показват широко разпространение на тези практики, които не противоречат нито на законови регулации, нито на разписани етични правила. Напротив, в общественото съзнание на тях все повече се гледа като средство добрите лекари да допълват ниските си заплати от публичния сектор. Така частните практики на наетите в публичния сектор специалисти позволяват иначе нерегламентираните плащания да се извършват в рамките на закона.

Разбира се, основните корупционни практики засягат най-вече активното болнично лечение, оперативни интервенции и т. н., при които допълнителните директни плащания за лекари и хирурзи е по-скоро норма отколкото изключение. В общественото съзнание оправданието за такъв вид практики е отново ножицата между официалното заплащане на лекарите и огромния залог на пациента. Повечето от тези, които могат да си го позволят, навярно дават тези пари с надежда и благодарност. Далеч по-потърпевши са онези, които не могат да платят, тъй като това намалява шансовете им да получат качествено и навременно обслужване въпреки наличието на осигурителните права.

Още по-показателен за съществуването на корупционни рискове и практики е „погледът от вътре“, т. е. анкетите сред лекарите. По данни на Министерството на здравеопазването, около 2/3 от интервюираните потвърждават наличието на такива практики с различна степен на интензивност (понякога, често, или постоянно). Най-голям е този процент при помощта при раждане (71%), и при операциите (68%). Значителен е процентът на потвърдилите нерегламентирани плащания за оказване на непрофесионални грижи на болните (хранене, обличане и т.н.), както и за покана за дарение при постъпване в болница (54.5%).

5. ИЗВОДИ ЗА ПОЛИТИКАТА: ОТ ДИАГНОСТИКА КЪМ АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

Задълбочаващите се проблеми в здравния сектор у нас сочат, че здравната реформа се е отклонила от оптималните решения. Антикорупционните мерки в здравния сектор, особено чрез етични кодекси за поведение и горещи линии, едва ли могат да дадат съществен резултат без да се засегнат структурните причини за корупцията. Тези причини са добре известни и вече 17 години се преповтарят в консултантски доклади, предизборни програми и стратегии за управление. Време е от диагностика на проблемите в здравеопазването у нас да се премине към активно лечение чрез по-смели структурни мерки. Съществуват няколко неотложни предизвикателства, към които трябва да бъдат фокусирани усилията в краткосрочен и средносрочен план.

Първо – все още не е завършена програмата за реструктуриране на доболничния сектор. Преди всичко тя засяга проблемите на достъп и покритие, както и оптималния баланс между финансиране на база брой осигурени пациенти от една страна и на база дейности. Необходимо е да бъдат разпределени повече пари за превенция и профилактика за да се намалят здравните рискове и бремето на здравното осигуряване в болничния сектор. Решението е увеличаване на покритието и достъпа до първична и особено до специализирана медицинска помощ, която да обхване рисковите социални групи. Финансовите стимули, които имат за цел да привлекат вниманието на медицинския персонал към тези групи и към отдалечените и рядко населени райони, трябва да се увеличат и да бъдат по-целенасочени. Ефикасността и покритието на различните национални здравни програми също трябва да бъдат преразгледани с помощта на анализа на ползите и разходите.

Второ – голяма част от проблемите на предоставянето на здравни услуги произтичат от непълното покритие на здравното осигуряване. Тези групи, които са най-изложени на здравни рискове, остават извън обхвата на осигурителната система. Държавата трябва да намери решение за тези, които са изгубили осигурителните си права и да оптимизира политиката за събиране на здравни вноски, вместо да наказва тези, които нямат почти никаква отговорност за нередовните плащания на здравните осигуровки от страна на техните работодатели.

Трето – държавната политика и регулации в сферата на доставката на лекарства и медикаменти трябва да бъде изцяло преоценена и реструктурирана. Необходими са гаранции, че болниците ще изразходват определените разходи за лекарства за всяка клинична пътека според договора с НЗОК, така че бремето на тези разходи да не се прехвърля от болниците върху

осигурените лица. В момента обект на грижа на държавата е долният праг на средствата за работна заплата, но не и долният праг на разходите за медикаменти и лекарства. Списъкът с лекарства за извънболнично лечение, които се покриват от НЗОК, трябва да бъде договарян по-възможно най-прозрачния начин, като бъдат уточнени количеството и цената на всяко лекарство. Може да се обмисли по-активен мониторинг на цените и контрол на олигопола на този пазар.

Четвърто - най-неотложните проблеми в здравеопазването произтичат от безизходицата в болничния сектор. Болничното финансиране все още е далеч от оптималното, като средствата, изплащани от НЗОК, отразяват в по-голяма степен избора и капацитета на доставчиците вместо реалното търсене на болнични услуги от здравноосигурените лица, и още по-малко реалната им стойност. Това налага преосмисляне на финансовите взаимоотношения между болниците и НЗОК, т. е. прехода на тези отношения от принципите на икономиката на предлагането към икономиката на търсенето.

Не на последно място - необходимо е стратегическо преосмисляне на ролята и отговорностите на частния сектор в предоставянето на здравни услуги и същността на публично-частното партньорство в тази сфера. Частният сектор все още е държан на страна от пазара на здравни услуги.

Последните две точки са сърцевината на проблема с блокираната здравна реформа в България и ключ към рестартирането ѝ. Те са обект на анализ в следващите три параграфа.

5.1. КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ ИЛИ ДИАГНОСТИЧНО СВЪРЗАНИ ГРУПИ

В началото въвеждането на клиничните пътеки се разглеждаше като преходна стъпка към международно приетата система на диагностично свързаните групи (ДСГ). Те формират същността на така наречения кейз-микс (case-mix) подход за финансиране на болничните услуги. Това всъщност са диагнози и дейности, които могат да бъдат обединени на базата на сходство на вложените материали и разходи, за целите на договорите за финансиране между болниците и здравноосигурителните дружества. Приемането на унифицирани ДСГ е важна предпоставка за либерализиране и конкуренция на пазара на здравно-осигурителните планове. В противен случай, ако всяко осигурително дружество прилага свои клинични пътеки или групи, това би затруднило конкуренцията между тях и би увеличило разходите на болниците по сключване на договори с повече от едно дружество.

Освен това се смята, че ДСГ са по-добър механизъм за възмездяване на действителните разходи на болниците по няколко причини. Това е методология за поставяне на болничната услуга в стандартна рамка за оценка на стойността на крайния продукт при ясна разбивка на разходите за вложени материали, инвестиции и труд. За да може системата да заработи е необходимо всички манипулации и дейности да бъдат класифицирани в групи според близките им разходи. Всички разходи се записват и кодират според

тази класификация. Еднаквите кодове за разбивка на разходите и измерване на крайния продукт позволява сравнимост и по-справедлива оценка на приноса на съответното лечебно звено в лечението, а оттам по-добро планиране и разпределение на постъпленията от здравни осигуровки. Това прави ДСГ по-гъвкав инструмент за оценката и финансирането на действителните разходи за извършени медицински услуги. Както вече беше споменато, действителното лечение може да се отклони от първоначално определеното по клинична пътека, което да доведе до различие между действителните разходи и плащането от НЗОК по предписаната клинична пътека при постъпването. Това мотивира болниците да приемат пациентите по възможно най-скъпата КП, за да бъдат сигурни, че няма да работят на загуба. От една страна ДСГ позволяват по-прецизна отчетност и бази данни за разходите по медицинските услуги и дейности, а от друга - по-голяма гъвкавост по време на курса на лечение, без то да се ръководи от финансови съображения. Това намалява разминаването между финансовите средства възстановявани от НЗОК и реалните болнични разходи.

Освен това договорите за КП отразяват оценения от държавата капацитет на болниците за предоставяне на медицински услуги, а не реалното търсене на такива услуги от страна на потребителите. Клиничните пътеки са инструмент, който е по-близо до икономиката на предлагането на пазара на здравни услуги, отколкото ДСГ, които приближават разпределението на събраните осигуровки до реалното търсене на медицински услуги. Смята се, че това е система на финансиране, базирана в по-голяма степен на стойността на крайните резултати, отколкото на стойността на вложените разходи.

Оценката и подготовката на работата за въвеждането на ДСГ в България датира от 1993 г., т. е. 7 години преди старта на прехода към здравноосигурителна система. Много проекти, финансирани от USAID, Световната банка и програма Phage, предоставиха необходимите технически и експертни ресурси за въвеждането им. Сред важните резултати, постигнати през следващите 12 години на интензивни консултации се нареждат преводът на Международната класификация на болестите, тестване на кодификацията и счетоводния софтуер във все по-увеличаващия се брой от пилотни болници, съставяне на подробни стратегии, пътни карти и планове за действие за въвеждането на ДСГ и обучение на обучаващи, счетоводителите и управителите на болници, и т. н. Последното е разбираемо, тъй като за 12 години част от обучените са се пенсионирали, или напуснали системата без да дочакат да бъдат въведени ДСГ. Повечето от работата беше свършена с консултантската помощ на „ЗМ“ от Швейцария. Десет години след първия си договор в България „ЗМ“ докладват за база данни от наблюденията на над 640 хил. пациента от 40 пилотни болници, обучение на 1585 обучаващи и изработване на пътна карта за въвеждането на ДСГ през 2005-2006 г. Според тази програма, през 2005 г. всички болници трябваше да бъдат включени в система за отчет на ДСГ и счетоводство и самото финансиране да бъде въведено на пилотна база; а през 2006 г., болниците трябваше да преминат към финансиране на базата на ДСГ. След като значителни средства за техническа помощ и обучение бяха изразходвани за въвеждането на ДСГ, преминаването към тях остава извън новата здравна стратегия за 2006 - 2012 г. Обяснение за това дали са отхвърлени и защо обаче липсва.

5.2. РАВНОПОСТАВЕНОСТ, ПОТРЕБИТЕЛСКИ ИЗБОР И КОНКУРЕНЦИЯ

Дотук реформите в здравната система стъпват основно върху задължителното държавно осигуряване. Малко беше направено за допълване му с частно за да се даде възможност на потребителите поне отчасти да вземат грижите за здравето си в свои ръце. Държавата трябва да поеме отговорност най-вече за хората в нужда т. е. трябва да се осигурят минимални здравни стандарти. По-добрите услуги обикновено се постигат чрез частното осигуряване, което дава по-голям шанс на потребителския избор според индивидуалните възможности за плащане. Това стимулира болниците да се конкурират за привличането на пациенти и по-скъпи клинични пътеки. Задължението на държавата е да подпомага частното здравно осигуряване чрез адекватни стимули и по-благоприятна бизнес среда. В момента стимулите за доброволно здравно застраховане са малко и ключването на такъв застрахователен план не намалява съществено данъчните задължения, и не променя вноските в държавното здравно осигуряване. Вместо да повишават задължителните осигурителни вноски, управляващите трябва да преценят дали не е по-ефикасно да предоставят стимули за работодателите, наетите и самоосигуряващите се за допълнително доброволно здравно осигуряване. Разбира се, този стимул не би бил голям, ако изборът за такова допълнително осигуряване се свежда отново до държавния осигурител – НЗОК. Необходимо е развитието на частните здравноосигурителни услуги и подобряване на публично-частното партньорство в здравния сектор. Отговорността на държавата в такава здравна система, включва както контрол на застрахователния пазар и пазарът на медицински услуги, така и адекватна защита на правата на потребителите.

По-големият избор на потребителите относно качеството на услугите би трябвало да бъде оставен на пазара, вместо на регулаторните мерки, какъвто е случаят в момента. Болничните приходи трябва да зависят от възможността на болниците да привличат пациенти благодарение на най-новите технологии и добрите специалисти, вместо да зависят от договора им с държавния монополист в здравното осигуряване. Това изисква различни управленски умения от страна на доставчиците на услуги, които включват управление на инвестиционни проекти и ново отношение към клиентите, включително точно и ясно конструирана ценова политика. Болниците, в които разходите са по-високи поради по-доброто оборудване или по-високо платените специалисти, трябва да покажат ясно на пациента, каква част от разходите му се покрива от НЗОК и каква част се поема от него. Така ще се стимулира покупката на допълнителни здравно застрахователни полици.

Това предполага и нов мениджмънт, който да постави по-висок приоритет на пациентите, вместо на НЗОК. Разбира се, ако болниците са рационален стопански субект, за тях клиент е този, който плаща или от чийто избор зависи размера на постъпленията. В случая на българската здравна система, постъпленията зависят в по-голяма степен от Националния рамков договор т. е. от преговорите със НЗОК, отколкото от избора на индивидуалния потребител. Системата е така построена, че държавата, в лицето на НЗОК, е все още много по-важен клиент за болниците, отколкото пациентите, които плащат здравноосигурителните вноски.

Струва си да се отбележи все пак, че възможностите на пазара на здравни услуги, където конкуренцията по принцип е по-ограничена, не трябва да бъдат надценявани. Дългите години на бюджетно финансиране на здравеопазването са довели днес до дефицит на споменатите по-горе умения за управление на проекти и за зачитане на потребителския избор на пациентите. В допълнение, това не е пазар където някой може да разчита много на конкуренцията между доставчиците на услуги, особено извън университетските центрове и по-големите градове. Концепцията за потребителския избор може да бъде отнесена единствено към тези градове, но не и към по-голямата част от територията на страната, където пациентите имат ограничен достъп до една болница или един диагностичен център. Повечето болници, заради тяхната специализация или местоположение, имат монополна или олигополна позиция на пазара и могат да злоупотребят с възможностите за допълване на финансирането от НЗОК със завишена ценова листа на „екстрите“. Това е пазар на услуги, което означава, че работната заплата има голям дял в крайната потребителска цена. Той може да надхвърли 50-60%. В условията на липса на конкуренция, ценовите разлики могат да отразяват разлики в заплащането на труда на специалистите, които пък да не са толкова директно отражение на разликите в квалификация, умения и нови технологии, а по скоро на възможността на болниците да надценяват своите услуги поради ниски еластичности на търсенето на болнични услуги, т. е. да се даде възможност на лекарите да експлоатират липсата на потребителски избор за извличане на по-високи приходи. Именно несъвършената конкуренция на този пазар оправдава регулаторната роля и намесата на държавата. Но в никакъв случай не оправдава липсата на политическа воля държавата да създаде, поне доколкото е възможно, някаква конкуренция. Още повече, че в сравнение със сегашните практики на плащане под масата, ценовата листа, включваща всички услуги е, по-добрият и ефикасен инструмент за оптимизиране на разходите дори при липсата на конкуренция между доставчиците.

Развитите здравни системи се опитват да намерят оптималния баланс между потребителски избор и пазарните стимули от една страна и отговорностите на държавата от друга. Обикновено държавата поема основната отговорност за достъп и покритие на групите, които в най-голяма степен са изложени на здравни рискове. Второ – тя управлява изпълнението на националните здравни приоритети, като активна превенция, имунизационна и профилактична дейност, резултатите, от които се следят чрез показателите за здравето на нацията. Отговорността за постигане на по-голям потребителски избор трябва да се поверят на частния сектор. В случая с България това означава по-активно участие на частния сектор в болничната помощ и индивидуални и колективни застрахователни планове. Държавата има контролни и регулаторни функции, както на застрахователния пазар, така и на пазара на здравни услуги, но сегашния баланс между стимулите от една страна и контролните мерки и санкциите от друга, трябва да бъде променен в полза на по-целенасочени и ефективни стимули.

5.3. СИСТЕМА ЗА МОНИТОРИНГ И УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА

Важен инструмент на антикорупционната политика е система от индикатори, които да позволяват да се локализируют и оценят корупционните рискове и да се набележат мерки за намаляването им, както и последваща оценка на постигнатото. Тук е предложена най-обща отворена рамка на такава система за мониторинг и управление на риска, която позволява навременно сигнализиране за проблемни сфери в здравеопазването с висок корупционен риск, както и идентифициране на съответните мерки за превенция и противодействие. Индикаторите могат да се използват и за последваща оценка на ефективността на предприетите мерки.

Системата се базира на информация от две групи източници. Първата група съдържа инструменти за качествен анализ и мониторинг на видовете корупционни практики и корупционен риск по сектори. Информационно тя се захранва от:

- дълбочинни интервюта със специалистите и упражняващите контрол в съответните структурни звена
- постъпилите сигнали от граждани по горещи линии, антикорупционни интернет сайтове, омбудсман и други канали за граждански контрол и противодействие на корупцията.

Информацията, събрана по този начин се обработва и анализира за да зададе основните цели и параметри на втората част от системата: количествените индикатори. Те са структурирани така, че да позволяват мониторинг на динамиката на корупционните практики по видове и сфери на проявление. Една част от тях са така наречените меки (социологически данни), като за разлика от повечето изследвания на корупцията тук се залага на споделен личен опит от гражданите по отношение на корупцията в здравното обслужване. Значителна част от корупционните практики и злоупотреби обаче остават скрити за пациентите. Ето защо също толкова важна част са качествените и количествените изследвания сред доставчиците на здравни услуги, както и сред тези звена, които упражняват контрола както в сферата на здравните услуги, така и в сферата на хигиенно-епидемиологичния контрол.

Системата съдържа и индикатори за диагностика на риска от „голямата“ (политическа) корупция в здравеопазването, която включва злоупотреба с правомощия на високо равнище в интерес на определени инвеститори или доставчици на оборудване, лекарства, или на определени болници с цел лична облага. Те не се поддават лесно на количествено наблюдение, но са неизменна част от цялостната оценка на корупционния риск. В основната си част те са в сферата на обществените поръчки и затова разкриването им разчита на такива инструменти за прозрачност и граждански контрол като регистъра за обществени поръчки, спазването на законодателната рамка за финансиране на партиите, лобизма, за декларирането на имуществото и за конфликти на интереси на управляващите в болничния сектор. Голяма част от тази рамка не е завършена или не се прилага ефективно в националната правна система.

ИНДИКАТОРИ ЗА ОЦЕНКА И УПРАВЛЕНИЕ НА КОРУПЦИОННИЯ РИСК В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Корупционни практики: типология	Количествени индикатори		
	Социологически (меки данни)	Статистически (твърди данни)	
Сфера	Потребители на здравни услуги	Доставчици	
Доболнична помощ			
Посещение на адрес	Оценка Възприятия	Личен опит	Личен опит
Издаване на направление за специалист, или за хоспитализиране	Оценка Възприятия	Личен опит	Квоти (тавани) на направленията
Неправомерно отсъствие от работа по болест	Оценка	Личен опит	Месечно издадени болнични/брой пациенти или брой визити
Изписване на лекарства от списъка на НЗОК срещу подкуп			Лекарствата от лекарствения списък имат ли заместители извън списъка
Изписване на определени лекарства (консумативи) срещу комисионна; насочване към определени аптеки		Оценка Възприятия	Личен опит

ОПГ

Корупционни практики: типология	Количествени индикатори			Статистически (твърди Данни)
	Видове (по цел на подкуп)	Социологически (меки данни)	Доставчици	
Сфера	Потребители на здравни услуги	Доставчици	Доставчици	Доставчици
Доболнична помощ				
	Издаване на направление за хоспитализиране	Оценка Възприятия	Личен опит	Какви са месечните нужди за направления във вашата специалност
	Неправомерно отсъствие от работа по болест	Оценка	Личен опит	Оценка Възприятия
	Изписване на лекарства от списъка на НЗОК срещу подкуп	Оценка	Личен опит	Оценка Възприятия
Специалист	Изписване на определени лекарства (консумативи) срещу комисия; насочване към определени аптеки	Оценка	Личен опит	Оценка Възприятия
	Неправомерно прехвърляне на пациента на разходи за лекарства и консумативи	Оценка	Личен опит	Оценка Възприятия
	Неправомерни допълнителни плащания от пациента	Оценка	Личен опит	Оценка Възприятия
	Подкуп за обслужване	Оценка	Личен опит	Оценка Възприятия
Спешна помощ	Насочване към свързани погребални агенции	Оценка	Личен опит	Оценка Възприятия

Дефицит: оценка за средномесечните нужди/квотата в момента

Корупционни практики: типология		Количествени индикатори					
Сфера	Видове (по цел на подкупла)	Социологически (меки данни)		Статистически (твърди данни)			
		Потребители на здравни услуги	Доставчици				
Болнична помощ							
Нерегламентирано плащане за приемане в болница	Нерегламентирано плащане за приемане в болница	Оценка	Личен опит	Оценка Възприетия	Личен опит	Среден брой дни чакане за прием в болница	
		Оценка	Личен опит	Оценка Възприетия	Личен опит	Личен опит	Личен опит
		Оценка	Личен опит	Оценка Възприетия	Личен опит	Личен опит	Личен опит
		Оценка	Личен опит	Оценка Възприетия	Личен опит	Личен опит	Личен опит
Нерегламентирано плащане за лекарства и консултативи	Нерегламентирано плащане за лекарства и консултативи	Оценка	Личен опит	Оценка Възприетия	Личен опит	Личен опит	
		Оценка	Личен опит	Оценка Възприетия	Личен опит	Личен опит	Личен опит
Насочване на пациенти към собствени частни практики	Насочване на пациенти към собствени частни практики	Оценка	Личен опит	Оценка Възприетия	Личен опит	Дял на лекарите в болничната помощ с частни кабинети	
Непотизъм	Непотизъм			Оценка Възприетия	Личен опит		
Административно регулиране и контрол в здравеопазването							
Категоризация на болници	Категоризация на болници			Оценка Възприетия	Личен опит		
Лицензиране на практики	Лицензиране на практики			Оценка Възприетия	Личен опит		
Контрол и прилагане на медицинските стандарти	Контрол и прилагане на медицинските стандарти			Оценка Възприетия	Личен опит	Брой наказателни постановления; брой успешни обжалвания	
Одобряване контрол по лекарствата	Одобряване контрол по лекарствата						
Хигиенна и санитарна инспекции на търговски обекти	Хигиенна и санитарна инспекции на търговски обекти	Изследвания сред бизнеса		Оценка Възприетия	Личен опит	Брой наказателни постановления; брой успешни обжалвания	

Корупционни практики: типология	Количествени индикатори		
	Социологически (меки данни)	Доставчици	Статистически (твърди данни)
Сфера	Видове (по цел на подкупла)	Потребители на здравни услуги	
Финансиране от НЗОК			
ОЛП	Завишаване на броя на регистрираните пациенти		Брой установени нарушения
	Отклонение от минималните стандарти		Оценка Възприятия Личен опит Брой установени нарушения
Специалисти	Надписване на брой прегледи		Оценка Възприятия Личен опит Брой установени нарушения
	Отклонение от минималните стандарти		Оценка Възприятия Личен опит Брой установени нарушения
Болнична помощ	Отчитане на по-скъпи медицински пътеки от реално прилаганите		Оценка Възприятия Личен опит Брой установени нарушения
	Отчитане на повече преминали болни от реално обслужените		Оценка Възприятия Личен опит Брой установени нарушения
Голяма корупция			
Включване на определени клинични пътеки или лекарства в покритието на НЗОК в интерес на определени производители, доставчици на оборудване, или болници	Икономически необосновани решения за инвестиции в болничния сектор за лична облага		Резултати от разследваща публицистика и специализираните следствени органи
	Централизирани държавни поръчки на лекарства и медикаменти		Резултати от разследваща публицистика и специализираните следствени органи
Обществени поръчки в болниците	Регистър за обществените поръчки	Регистър за обществените поръчки	Регистър за обществените поръчки

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Индексите за равнището и разпространението на корупцията у нас показват нарастването ѝ в здравния сектор. Това контрастира на низходящата тенденция на корупционни практики в повечето сфери на предоставянето на обществените услуги (т. нар. малка корупция) през последните години. Изследването е опит да се идентифицират причините за тази негативна тенденция и да се предложат мерки за противодействие.

Прегледът на постиженията на здравната реформа в страната показва, че те са главно в прехода от държавно финансиране към здравно осигуряване. Той в основни линии е завършен. Проблемите обаче, особено в болничния сектор, остават. Според показателите за здравето на нацията - дори се увеличават. Това поставя с особена острота въпросът за това къде и как здравната реформа се е отклонила от оптималните решения.

В българския дебат проблемите на здравния сектор, включително високите равнища на корупция, се свързват с липсата на пари. Нещо повече, все повече този проблем се свежда до неадекватното заплащане на лекарите.

Внимателният анализ на насоките на реформите обаче показва, че ниското заплащане е по-скоро следствие от лошо управление и недовършени реформи, отколкото причина за всички проблеми на сектора. Доболничната помощ страда от недостатъчно покритие, намалени профилактични дейности и дълбоки регионални различия. Но най-големите проблеми са в болничната помощ, която освен от проблемите с покритието страда и от остаряло оборудване и неадекватно финансиране от страна на здравната каса. Половинчатите решения, които все още залагат преимуществено на държавно здравно осигуряване при прехвърляне на отговорността за лошото качество на услугите върху болничния мениджмънт, доведе реформите до застой.

В условията на недовършени и половинчати реформи антикорупционната политика няма съществени шансове. Необходимо е да се либерализира здравното осигуряване, да се даде възможност на работодатели и здравноосигурените лица за по-голям избор на здравни пакети от повече осигурители. Това ще даде възможност на болниците да работят с повече контрагенти и да се конкурират за пациенти. Разбира се, конкуренцията на този пазар не може да бъде идеална. Въпреки че България има предимствата на малка страна, а в бъдеще ще ползва предимствата и на конкуренцията на вътрешния европейски пазар на здравни услуги, потребителският избор на хората е в голяма степен регионално ограничен. Това обаче не може да бъде аргумент в полза на централизираната осигурителна и болнична система, а точно обратно. Дър-

жавната политика в областта на здравето трябва да съчетава социални отговорности с повече конкуренция между доставчиците и потребителски избор. Противоположното решение в посока на засилени регулации и контрол в условията на дефицит и централно разпределение на недостигащите ресурси е рецепта за корупция и злоупотреби на всички равнища на отговорност.

Това че ключът за намаляване на корупцията в болничния сектор е в по-смелите и дълбоки структурни мерки за довършване на реформата не означава, че болниците трябва да се примирят с корупцията и да чакат управляващите да завършат реформите. Болничните управи са основен двигател на реструктурирането и носят в голяма степен отговорността за високите нива на корупция. Има редица мерки, които са изцяло в техните компетенции и които могат да бъдат предприети като част от тези структурни реформи. Такива са например регламентирането на допълнителните заплащания, отказът да се прехвърля тежестта на текущите разходи за лекарства и медикаменти към пациента, създаване на непримиримост към неетично и непрофесионално поведение към пациентите и т. н. Предложената тук матрица за оценка на корупционните рискове може да бъде полезна в изработването на антикорупционни мерки на всички нива на управление.

Съществуват рискове, с които антикорупционната политика трябва да се съобразява. Първият е липсата на политическа воля. Показателно е, че повече от година поредната Национална стратегия, която страда от същите симптоми на половинчатост и компромисност както и развитието на реформите досега, нито се коригира, нито се приема в този ѝ вид. Накратко тя отразява състоянието на сектора: липса на политическа воля за намиране на консенсус, липса на административен капацитет да се приложат оптималните инструменти за повишаване на качеството на услугите, потребителския избор и удовлетворението на пациентите.

Една от причините е навярно, че здравната реформа не влизаше в приоритетите на присъединяването, тъй като за нея няма *acquis communautaire*, и затова беше изтикана на заден план в процеса на преговорите. Изключение правят регулациите, свързани с контрола върху безопасността на храните и безопасността на работното място, както и екологичните стандарти, които имат огромно значение за опазването на здравето на нацията и, ако ефективно се прилагат, сигурно ще дадат положително въздействие в дългосрочен план. Секторът на доболничната и болничната помощ обаче е по-скоро европейски приоритет от гледна точка на свободното движение на хора, отколкото на решаване на проблемите на здравния сектор. Това означава, че нарасналите възможности на българските медицински кадри за реализация в чужбина може в краткосрочен план да изостри недостига на специалисти и лекари в някои области. Това от своя страна пък засилва предпоставките за корупция, особено ако главен доставчик на болнични услуги остане публичният сектор. Това е вторият риск пред здравната политика в краткосрочен и средносрочен план.

Не на последно място, съществен е рискът решението да продължи да се търси в сферата на увеличаване на държавната намеса и контрол на осигурителния пазар и пазара на здравни услуги, вместо да се търсят балансирани

решения в посока на по-ясно регламентиране на социалните отговорности на държавата, като потребителския избор и грижата за качеството се повери на частния сектор. Такова решение предполага споделяне на финансирането между държавно осигуряване и пациент. Това няма да повиши тежестта, поета вече от пациентите. Тя и сега е висока в международен сравнителен план. Проблемът е, че е нерагментирана. Развитието на пазара на здравно-осигурителни пакети с равноправното участие на частни и институционални осигурители най-вероятно ще намали тези разходи и ще изкара в светлата част на икономиката значителен дял от личните доходи на медиците. Това пък от своя страна ще позволи по-нататъшно намаляване на задължителната здравно-осигурителна тежест.

