

## 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 сключването 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.