

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.