

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%).

