



## Неформалната икономика в българското здравеопазване относно някои особености

Валери Цеков, Николай Христов, Милан Петров

### Неформалната икономика в България

Приключиха първите две национално представителни изследвания през 2010 г., проведени от Асоциация на индустриалния капитал в България в изпълнение на проект „Ограничаване и превенция на неформалната икономика” – за изследване на обществените нагласи и толерантността към неформалната/сивата икономика, както и сред работодателите за проявленията и мащабите на неформалната икономика.

*Ето някои от първоначалните изводи въз основа на анализираната информацията:*

Неформалната/сивата икономика (НИЗ) присъства в ежедневието на всички основни социални групи на българското общество (по-често ще използваме термина корупция, както е прието в медицинските среди). В годините на прехода тя се е превърнала в неизбежното, но необходимо социално зло – компенсаторни механизми, посредством които икономически активното население по неформален начин регулира законодателните и институционалните пропуски на държавата. Оценка на населението за относителните дялове на сивия сектор в българската икономика са твърде разнопосочни, но общата оценка за дела на сивата икономика като цяло варира около 40-50%.

### Неформалната икономика в българското здравеопазване

Здравеопазването заема съществено място в икономиката на страната и притежава, сложна собствена икономика, която като система придобива, разпределя, изразходва и възпроизвежда ресурси (трудови, материални, финансови, информационни, организационни и др.) за изпълнението на своята мисия.

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 здравното осигуряване е държавно, финансира се чрез НЗОК и е обществото приема, че се ръководи от нея.

Преходът към здравноосигурителна система наложи и развитието на „пазар” на здравните услуги. Присъщ елемент в тази система наред със задължителното е и доброволното здравно осигуряване, което стимулира предоставянето на по-качествени здравни услуги на по-ниска цена. Допълнителното здравно осигуряване предлага комплексни здравни осигурителни пакети, които покриват частично или изцяло разходите на осигурените лица за здравни услуги.

Една от водещите причини за неблагоприятия резултат в реформата на родното ни здравеопазване е хроничният недостиг на средства за функционирането на здравната система.





При международни сравнения, публичните разходи за здравеопазване у нас като процент от БВП и на глава от населението, са сред най-ниските в Европейския съюз (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 по тези показатели ние сме след Хърватска, Сърбия и Македония.

Проследявайки хода на реформата ясно се вижда слабата координираност и съгласуваност в здравните политики, приемствеността между отделните правителства не е на ниво. Участието на държавата често е нерационално, частично и неефективно, което води до негативни последици и способства за създаването на корупционни схеми при предлагането на здравните грижи за населението.

Вторичното законодателство включва множество наредби и постановления на Министерския съвет, на Министерствата на здравеопазването, отбраната, транспорта и съобщенията, на общините и на другите ведомства и агенции, чиято дейност е свързана с различни здравни рискове и опазването на общественото здраве. Това доведе до създаването на благоприятни условия за злоупотреби и корупция от страна на администрацията, така и на медицинските специалисти, предоставящи здравните услуги.

В резултат на провежданите през последните години политики броят на болничните легла е чувствително намален, при увеличена средната годишна използваемост на легловата база. Въпреки това този подход не доведе до оптимизиране на разходите, тъй като намалението на броя на болничните легла в комбинация с увеличаване брой хоспитализации, не доведе до повишаване ефективността.

Наред с човешките ресурси, които са основният елемент в системата от лечебни заведения (ЛЗ) много важни за развитието на корупционни практики при здравните услуги се оказват и фактори като наличието на свръх капацитет от амортизирани материални активи, неефективното използване на наличните ресурси, остарелите технологии за диагностициране и лечение.

Броят на глава от населението и разпределението на лекарите, медицинските сестри и акушерките е с трайна тенденция към свръх концентрация в големите градове, което води до двоен проблем – ниско възнаграждение и липса на мотивация от една страна, и изключително неравномерно регионално покритие от друга страна.

Мнозинството от анализаторите продължават да отбелязват, че здравеопазването (особено болничното) си остава недофинансирано и не е в състояние да покрие разходите си с приходите, които получава. Това се отразява на обема и качеството на оказваната медицинска помощ.

В българското законодателство няма правна дефиниция на понятието "корупция". През 1999 година Съветът на Европа дава следното определение на този термин

*"Искането, предлагането, даването или приемането, пряко или косвено, на подкуп или всяка друга наследваща се облага или обещаването на такава, което засяга надлежното изпълнение на някое задължение или поведението, което се изисква от приемащия подкупа, неполагащата се облага или обещаването на такава".*





В Република България в последните години има широко разпространение и прояви на неформална икономика в здравеопазването (НИЗ). Проявите на НИЗ преди 10 години бяха епизодично явление, което напоследък доби по-широко разпространение и в последните 5 години, в здравеопазването най-често се говори за корупция. На изследването на това негативно явление са посветени редица проучвания на общественото мнение през последните години.

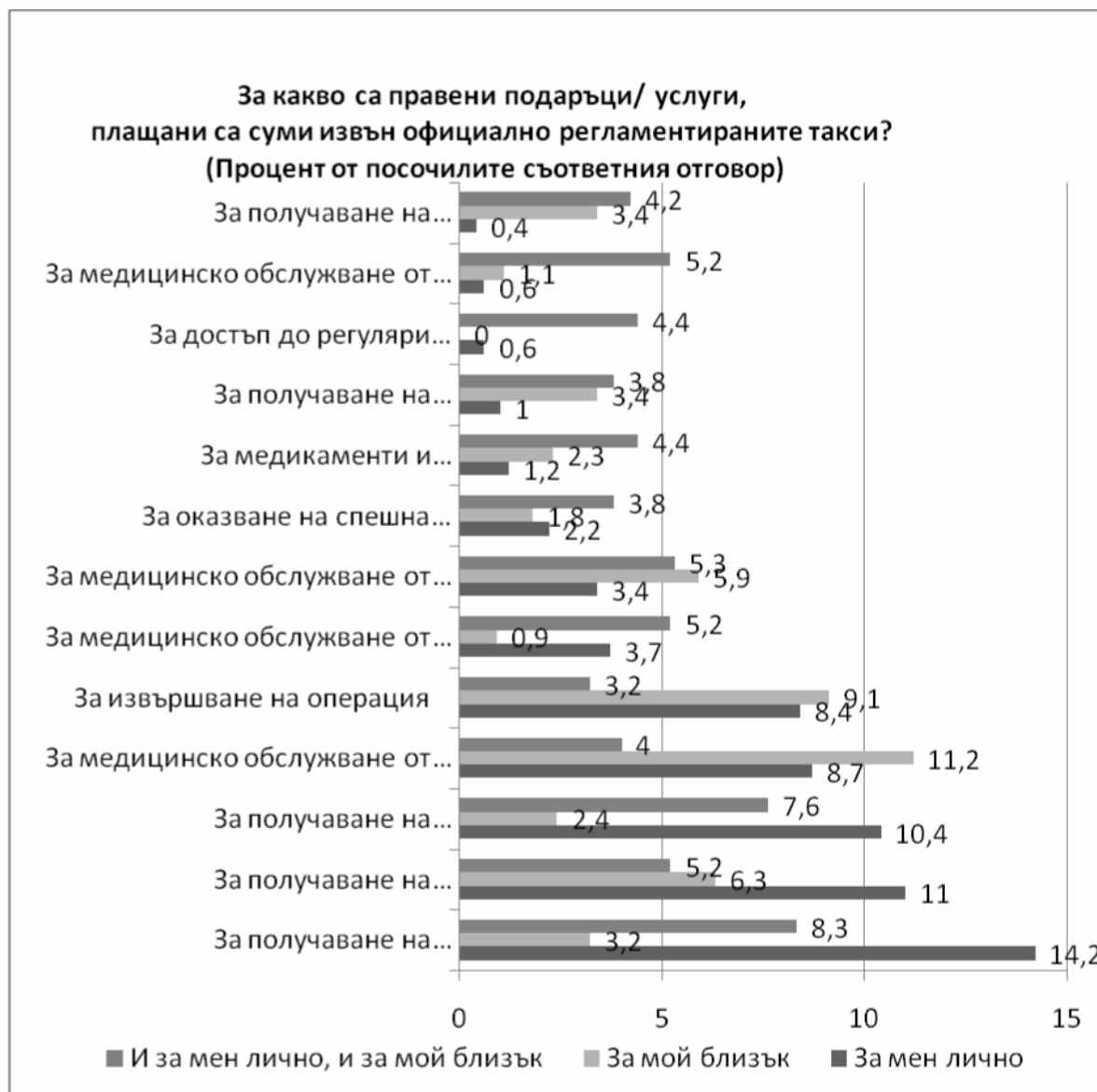
Системата за мониторинг на корупцията (СМК) на „Витоша Рисърч“ показва двукратно увеличение на дела на гражданите, които посочват сферата на здравните услуги сред тези с най-голяма корупция: от 20% през 2002 г. до 40% през 2007 г. Този резултат поставя здравеопазването на трето място след митниците и съдебната система. Като две трети от гражданите смятат, че почти всички или повечето лекари са замесени в корупционни практики (*Таблица 1*).

**Таблица 1. Оценки за разпространението на корупцията сред различните професионални групи (Процентите на отговорите „Почти всички“ или „Повечето“ са включени).**

	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
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
Кметове и общински съветници	48,3	43,4	47,0	47,5	58,0
Други					

За най-често срещани корупционни практики в здравеопазването се сочат: даването на подаръци или плащането на определена сума извън официално регламентирани такси; корупция при административното обслужване; „сив“ пазар на лекарства и дисбалансирано финансиране от страна на НЗОК. Плащането на суми извън регламентирани 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. Най-често срещаните корупционни практики в здравния сектор са представени по-долу (*Фигура 1*).





Медицинските лица 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.





Друг тип е корупцията на пазара са лекарствата, 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.

Социологическите изследвания сред пациентите показват, че големите проблеми с корупцията в здравната система са свързани предимно 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 3. 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%
Избор на екип	

Източник: АССА-М, 2006 N = 1028

От Институт Отворено общество предлагат принципно като „малка корупция” да се обособят случаите на нерегламентирани плащания по повод необходимост от конкретна медицинска услуга – операция, хоспитализация, раждане, особено под натиск и принуда; а като „голяма корупция” – тази, при която участват представители на държавната администрация и юридически лица, най-често отнасяща се до обществени поръчки.

Тук може да се отбележи, че според дефиниция на Световната банка корупция е злоупотребата с публична власт за лично облагодетелстване.

### Корупция 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. Корупционни рискове и практики при общо практикуващите лекари най-често се срещат когато се стигне до изчерпване на талоните за специалисти и високоспециализирани изследвания (лабораторни и образни), наред с корупцията в някои от видовете специализирано доболнично обслужване





Секторът на извънболничната помощ разчита главно на свръх регулации и административен контрол, което стимулира заобикалянето на правилата от лекарите и подкопава взаимното доверие между държавата и доставчиците на медицински услуги. Обикновено преговорите по Националния рамков договор се финализират късно - през текущата година 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.

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 от 2005 г. на „Витоша Рисърч“, посветено на корупцията в здравеопазването - 32% от респондентите са давали подаръци или пари на личните лекари, а 18% са „стимулирали“ по този начин лекари специалисти от доболничния сектор (*Фигура 2*).

### Корупция в болничния сектор

Участието на държавата в собствеността и управлението на болничния сектор не се промени съществено и не случайно концентрацията на корупционни рискове и практики там е по-висока. Поставени между НЗОК и пациентите в своята борба за оцеляване, болниците се опитват да прехвърлят тежестите на финансирането или към държавата или към пациентите. 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, принудителен избор на лекуващ екип, допълнителни заплащания за лечения, изследвания, консумативи и операции (*Таблица 2*).

**Таблица 2. 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-М2Ш N = 1028

Все още широко разпространена практика е да се принуждават осигурените пациенти да заплащат за медикаменти, което се оправдава 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.





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-Мот2006г.

## Изводи и препоръки

Индексите за равнището и разпространението на корупцията у нас показват нарастване в сектора на здравните услуги. Прегледът на постиженията на реформа в здравеопазването показва, че те са главно в прехода от държавно финансиране към здравно осигуряване. Проблемите обаче, особено в болничния сектор, остават. Това поставя с особена острота въпроса за това къде и как здравната реформа се е отклонила от оптималните решения.

В българският публичен дебат проблемите на здравния сектор, се свързват с липсата на пари и неадекватното заплащане на лекарите. В условията на недовършени и половинчати реформи антикорупционните политики нямат съществени шансове. От особена важност е ясно да се регулират видовете медицински услуги, за които се налага доплащане, както и да се създадат публично прозрачни механизми за извършване и отчитане на всички доплащания за услуги, които се финансират с обществени средства. Това ще даде възможност на болниците да се конкурират за пациенти чрез по-високо качество и адекватни нива на доплащане, както и да работят с повече осигурители. 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. Необходимо е поне частично да се либерализира здравното осигуряване, да се даде възможност на работодатели и здравноосигурени лица за по-голям избор на здравни пакети от повече осигурители. Държавната политика в областта на общественото здраве и здравните услуги трябва да съчетава социални отговорности с повече конкуренция между доставчиците и с потребителски избор. Противоположното решение – в посока на засилени регулации и контрол в условия на дефицит с централно разпределение на недостигащите ресурси е рецепта за корупция и злоупотреби на всички равнища на отговорност.

Съществуват рискове, с които антикорупционните политики трябва да се съобразяват. Показателно е, че повече от година Националната здравна стратегия нито се коригира, нито се привежда в съответствие с публично обявените „нови политики на реформи”. Всъщност това е отражение на състоянието на сектора: липса на политическа воля за намиране на консенсус, на административен капацитет да се приложат оптимални инструменти за повишаване на качеството на услугите, подобряване на потребителския избор и удовлетвореността на пациентите.





Вероятно една от причините за днешното състояние на реформата е, че в процеса на присъединяването към ЕС акцентът бе поставен върху синхронизирането на националното ни здравно законодателство с *acquis communautaire*, което засяга главно регулирането на здравния контрол, достъпа до здравните професии, лекарствените продукти, безопасността на храните и пациентите.

Регулирането на медицинските услуги беше и продължава да бъде от компетентност на държавите-членки, което остави на заден план в процеса на преговорите реформирането на системата от лечебни заведения, предоставящи медицинските услуги. Достъпът до медицински услуги от доболничната и болничната помощ обаче е по-скоро европейски приоритет от гледна точка на свободното движение на хора, отколкото на решаване на вътрешни, чисто национални проблеми на здравния сектор.

Развитието на пазара на здравноосигурителните дружества с равноправното участие на частни и институционални осигурители най-вероятно ще намали скритите „сиви” разходи за здраве и ще извади в светлата част на икономиката значителен дял от съществуващия в момента „сив” сектор в здравеопазването. Това пък от своя страна ще позволи по-нататъшно намаляване на общата финансова тежест, здравно-осигурителна, данъчна и лична, едновременно с корупцията в здравеопазването.







## ЛИТЕРАТУРА:

1. Неформални плащания в системата на здравеопазване. Доклад на Институт Отворено общество, 2008.
2. Здравно-неосигурените и здравето осигуряване в България. Доклад на Институт Отворено общество, 2008.
3. Корупцията в здравеопазването и България. Константин Пашев. Коалиция 2000, 2007.
4. Корупцията в здравеопазването. Галина Тодорова, 2008.
5. Намаляване на корупционните рискове и въвеждане на добри практики в управлението на обществените поръчки. Константин Пашев, Калин Маринов, 2009.
6. Корупция и антикорупционна политика. Доклад на Институт Отворено общество, 2008.
7. Сивата икономика – проблеми и решения. Дикран Тебеян, 2007.
8. За политическото здраве на здравните политики. Илко Йорданов. Политики, брой 1, 2008.
9. Health care reforms in Bulgaria: towards diagnosis and prescription. Konstantin Pashev, 2006.
10. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. Dina Balabanova, Martin McKeeb. Health Policy, Volume 62, Issue 3, 2002.
11. Under-the-counter payments for health care: Evidence from Bulgaria. Evgenia Delcheva, Dina Balabanova, Martin McKeeb. Health Policy, Volume 42, Issue 2, 1997.
12. Неформални плащания в здравната система – основен проблем на българската реформа в здравеопазването. Тони Веков. Българско списание за обществено здраве, том 1, кн. 3, 2009.
13. Обобщен анализ на проведените изследвания, анализи и доклади по темата „Неформална икономика”. Доклад на Асоциация на индустриалния капитал в България, 2010.

Адрес за кореспонденция  
д-р Николай Христов  
Старши асистент  
Катедра СМЗМ на МУ-София  
София 1505, ул. Бяло море № 8  
Тел. (02) 9432 427  
E-mail: nikolaj.hristov@medfac.acad.bg

