

От какво боледува здравната каса

1. Бизнесът с болниците и неговите парадокси

София изпревари Берлин и Лондон по клиники

Крум Благов

Разследването е извършено с подкрепата на Програма Достъп до информация и Фондация „Америка за България“

Непрекъснато гледаме протести на лекари и ни говорят за фалити на болници, но макар първото да е всекидневие, второто още не се е случвало. Накрая държавата плаща дълговете – и започва трупане на нови. В същото време сме свидетели на

парадокс с инвестициите

Държавните и общински лечебни заведения редовно потъват в дългове, а в същото време са открити 138 частни болници. Само за последните 4 години са построени 40. Справката, която получих от Министерството на здравеопазването, показва, че през 2011 г. са акредитирани 7 нови болници, през 2012 още 13, през 2013 – 5. Рекордна е 2014-а, когато са открити 14, а през тази година Петър Москов въпреки клетвите си вече подписа разрешение за още една – „Света Параскева“ в Плевен.

Според първия директор на Националната здравноосигурителна каса д-р Илко Семерджиев в нови болници са вложени 5 милиарда лева. Кой инвестира в отрасъл, който ни представят като губещ? Оказва се, че не само лекари. Акционери в болниците „Сити клиник“ в София и Варна са собствениците на птицекомбината „Градус“ Ангел и Лука Ангелови. Притежателят на „Търговска лига“ Тихомир Каменов, който натрупа състояние от търговия с лекарства, но всъщност е юрист, има 6 кардиологични клиники в различни градове. Той публично е казвал, че най-разумно е да се влагат пари в здравеопазването.

По неговите стъпки върви д-р Михаил Тиков от Пещера, чието име нашумя заради връзките му с кмета на Пазарджик Тодор Попов. Тиков също като Каменов започва бизнеса си с лекарства, а сега притежава болниците „Софиямед“, пловдивската „Пълмед“, пазарджишката „Здраве“ и още една АГ клиника, която се строи на бул. „Цариградско шосе“ 138 в столицата. Даже беше кандидат за шеф на лекарския съюз през 2009 г. Каменов и Тиков основаха и частни здравноосигурителни фондове – съответно „ДаллБог“ и „Св. Николай Чудотворец“, но след като трябваше да ги превърнат в застрахователни, Тиков продаде своя на „Еврохолд България“.

Това са хора, които не биха вложили пари, ако не очакваха печалби, и щяха да се откажат, ако губеха. Но здравеопазването в България стана огромен бизнес, а най-доходната му част е болничното лечение. Не случайно в тази област има и чуждестранни инвестиции, най-голямата от които е болница „Токуда“. Само 4 години след откриването си „Токуда“ е вече на трето място по приходи от здравната каса. Най-големите 10 лечебни заведения получават почти една четвърт от парите за болнична помощ:



Парадоксът с протестите

Две неща правят впечатление. Първото е, че има разлика от почти 10 милиона между отчета на „Токуда“ и данните на НЗОК. Според болницата през 2013 г. тя е получила от касата 47,8 млн., а според НЗОК – само 38,6 млн. лв. Второто е, че през 2014 г. за първи път две частни клиники са в десетката. „Софиямед“ на д-р Тиков изпреварва Пловдивската окръжна и Националната кардиологична болница, да не говорим за бургаската и плевенската. „Токуда“ диша във врата на „Пирогов“ и вероятно още тази година ще заеме третото място.

Първите две от години са окупирани от „Св. Георги“ в Пловдив и „Св. Марина“ във Варна. Това са най-големите лечебни заведения извън София (и според един бивш министър на здравеопазването – зле управляни). Те загубиха милиони, вложени в КТБ, и министър Москов се заклани да смени ръководствата им. Но не го направи... или не му позволиха.

Въпреки бума в приходите работещите в частните болници са първи на протестите срещу здравната каса, министерството и неговите правила. Държавните не смеят да се покажат, защото министърът им е началник, а общинските са твърде дребни, за да ги забележат медиите.

Според годишния финансов отчет, публикуван в Търговския регистър, през 2013 г. „Токуда“ има приходи от 67 млн. лв. и печалба от 550 хил. Прави впечатление, че през годината болницата е платила 11,272 млн. лв. за „стоки и услуги“ на своята фирма-майка „Токушукай София ЕООД“. От болницата не ми отговориха какво са купили, въпреки че Законът за достъп до обществена информация ги задължава. Макар че е частна, болницата има приходи главно от публични средства – 71,3 на сто от парите ѝ идват от здравната каса. Това е с 4 процента повече, отколкото през 2012 г. Възможно е тези 11 милиона да са скрито връщане на капитала, вложен от японците (и

укриване на печалба, респ. избягване на данъци). Ако пък наистина са купени реални стоки и услуги, какви са техните цени и защо за тези стоки не е проведен търг?

Изпълнителният директор на „Токуда“ д-р Явор Дренски е председател на Националното сдружение на частните болници. Сдружението настоява Законът за обществените поръчки да не се прилага за тях.

Парадоксът с опашката пред касата

Ако здравеопазването е бизнес, никой лекар не би трябвало да работи с „нелоялен“ партньор като НЗОК. Но болниците, които се оплакват от здравната каса, не само не се отказват от нея, ами се редят на опашка, за да сключат договори за колкото може повече клинични пътеки. Защото няма платежоспособно търсене – хора, които да си плащат за лечение от джоба. За ведомствените и някои специализирани болници държавата дава около 500 млн. лв. годишно, а общините изобщо са се отказали да издържат своите лечебни заведения – приносът им от близо 100 млн. лв. през 2010 г. е спаднал на 15 млн.

Затова пък в бюджета на НЗОК парите за болнично лечение растат главоломно. През 2006 г. те са били 614 млн. лв., през 2009 г. – 934 млн., а през 2014 г. – 1,603 милиарда лв., или за 9 години са се увеличили 2,6 пъти при инфлация от 43 %. Реалното увеличение е с 82 на сто. Тази година касата има рекорден бюджет от над три милиарда лева, от които главната част ще си разделят пак болниците – за услуги, лекарства и консумативи. Обаче парите не им стигат, защото те се множат ударно.

Тъй като НЗОК няма право да откаже договор на болница, нейните контрагенти са вече 367. Само в София при население от 1,2 млн. души има 90 клиники, половината от които са частни. Лондон с 8 млн. жители има 80. По брой на болничните легла България отдавна е изпреварила средното равнище в Европа – у нас през 2013 г. те са били 663 на 100 хил. души, а в ЕС – 545. Изглежда, че това би трябвало да е в интерес на пациентите, но всъщност не е така. Колкото повече дава касата, толкова повече доплащаме. Това е поредният парадокс.

(Следва „Как правата ни станаха задължения“)

2. Как правата ни станаха задължения

Българите доплащат най-много за здраве

Като тръгнете по столичния бул. „България“ към околоръстното, след Майчин дом отдясно ще видите един 12-етажен стоманобетонен скелет. Това е „новата“ детска болница, която беше започната от Тодор Живков. Лично той направи първата копка през 1978 г. Там трябваше да се премести педиатричният институт, който още е в сградата на първата държавна детска ясла, построена през 1937 г. по инициатива на княгиня Евдокия. Преди години от „Коен груп“

искаха да купят скелета

и да го превърнат в хотел. Докато държавата се реши на сделката, Емил Коен, който беше собственик на баскетболния клуб ЦСКА, загина при автомобилна катастрофа във Франция и остави огромни дългове.

Миналата година здравният министър в кабинета на Орешарски д-р Таня Андреева обяви, че се търси чуждестранен инвеститор за строеж на нова педиатрия. Това обаче е само идея. Вече 80 години в София, а може би и в България не е открита нито една детска болница. При 138 нови, издигнати само през XXI век. Защо?

Истината е, че болници се строят заради клиничните пътеки. За тях касата плаща по цени, определени в Националния рамков договор, който подписват лекарският съюз и НЗОК. Има добре и зле платени пътеки, което зависи главно от това каква

специалност имат ръководителите на двете институции, министърът на здравеопазването и шефът на здравната комисия в парламента. Всеки знае, че не е вечен на поста си и гледа да осигури добри пари за своята специалност, докато е на властови позиции.

Затова има закономерност в откриването на нови клиники. Повечето от тях са специализирани, многопрофилните като „Токуда“ са по-малко, защото инвестициите в тях са големи. Преди десетина години най-добре платена беше инвазивната кардиология, тъй като клиничната пътека е между 2000 лв. и 10 000 лв. (шеф на здравната каса беше кардиохирургът проф. Генчо Начев). От 2010 до 2014 г. специализираните болници от този тип са се увеличили от 33 на 50. В София има 6 кардиохирургии, докато в Берлин с 3,45 млн. души население са 2.



12-етажната детска болница, започната през 1978 г. в София, буренясва незавършена.

Снимка авторът

Междувременно се подобри финансирането за оплождане ин витро и няколко клиники с такава дейност прераснаха в АГ болници (шефът на здравната комисия в парламента по царско време доц. Атанас Щерев и министърът в първия кабинет Борисов, д-р Стефан Константинов, са гинеколози).

„Цените на пътеките са променяни без никакво основание в зависимост от лобито, което е в касата – казва бившият управител на столичната болница „Иван Рилски“ Дечо Дечев. – Имаше силен период на гастроентеролозите, тогава повишиха гастропътеките. Ортопедите успяха да вкарат правилото касата да плаща изкуствените

стави, 1200 лв. Това доведе до мигновено повишаване на ставите и в момента пациентът доплаща толкова, колкото даваше преди за цялата става.”

Последните хитове

са химиотерапията и диализата – 4 от 14-те нови лечебни заведения, открити през миналата година, са диализни центрове. В Пловдив създадоха частна онкоболница, а химиотерапия вече се извършва дори в софийската „Надежда“, започнала като център ин витро. Педиатричните пътеки пък се плащат лошо, затова няма частни детски болници. Разбира се, всички болници отчитат дейността си по възможно най-скъпите клинични пътеки, защото липсва контрол – НЗОК няма информационна система, за да следи болниците, така че се разчита почти изцяло на проверките на изпълнителна агенция „Медицински одит“ (ИАМО). За тях ще стане дума по-нататък.

Освен това здравната каса не е единственият източник на доходи в здравеопазването. Вторият е пациентът. С Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ, която беше приета по времето на Тройната коалиция (министър беше проф. Радослав Гайдарски) се отвори широко вратата за искане на допълнително заплащане: избор на екип, допълнителни услуги (където може да влезе всичко), „дарения“, направени принудително.

- Бивш заместник-министър на здравеопазването ми се оплака, че в болница „Токуда“ са го накарали да „дари“ 300 лв. за двудневен престой на жена му. От болницата не отговориха на въпроса на какво основание събират тези пари и отказват ли да лекуват тези, които не платят;
- В бургаската болница „Д-р Маджуров“ вземат пари за придружител на пациент – бебе на 10 месеца;
- Варненската болница „Майчин дом“ взема на родилка 120 лв. за „присъствие на бащата в родилната зала“, 135 лв. на ден за ВИП стая с придружител и още 310 лв. за „подобри битови условия“, описани като интернет и кабелна телевизия. Всичко – 1655 лв. за три дни (другите 200 във фактурата са описани като избор на лекар);
- Гинекологът д-р Вяра Джонгова взема на родилка 1400 лв. за „избор на екип за раждане“. (Наредбата разрешава максималната сума да е 950 лв.) Но по-интересното е, че д-р Джонгова не работи в клиника, а има частна практика! От тези пари тя плаща на I столична АГ болница „Света София“ 450 лв., тъй като има договор с нея да си повишава квалификацията там, като участва като асистент при раждането. Заключението на ИАМО е, че лекарката „е взела неправомерно суми“.
- Болница „Св. Екатерина“ взема на пациент 900 лв. за избор на екип и същия ден – още 700 лв. за „консултативен преглед“. Тарифата е одобрена от Съвета на директорите на болницата, в който по това време влизат ректорът на Медицинския университет, главният секретар на министерството и проф. Начев;
- В болниците „Свети Лазар“ и в „Токуда“ вземат на родилка 650 лв. за „комбинирана анестезия“, а ВИП стаята струва 330 лв. на ден. Всъщност в клиничната пътека за раждане (№ 141), която се плаща от здравната каса, анестезията е включена.

Въпреки проверките на агенцията и министерството, които констатираха, че тези практики са незаконни, болниците продължават да събират тези пари от пациентите, а глобите са нищожни. При това болниците ги обжалват и печелят голяма част от делата. Справка – отчетите на ИАМО. „У нас е

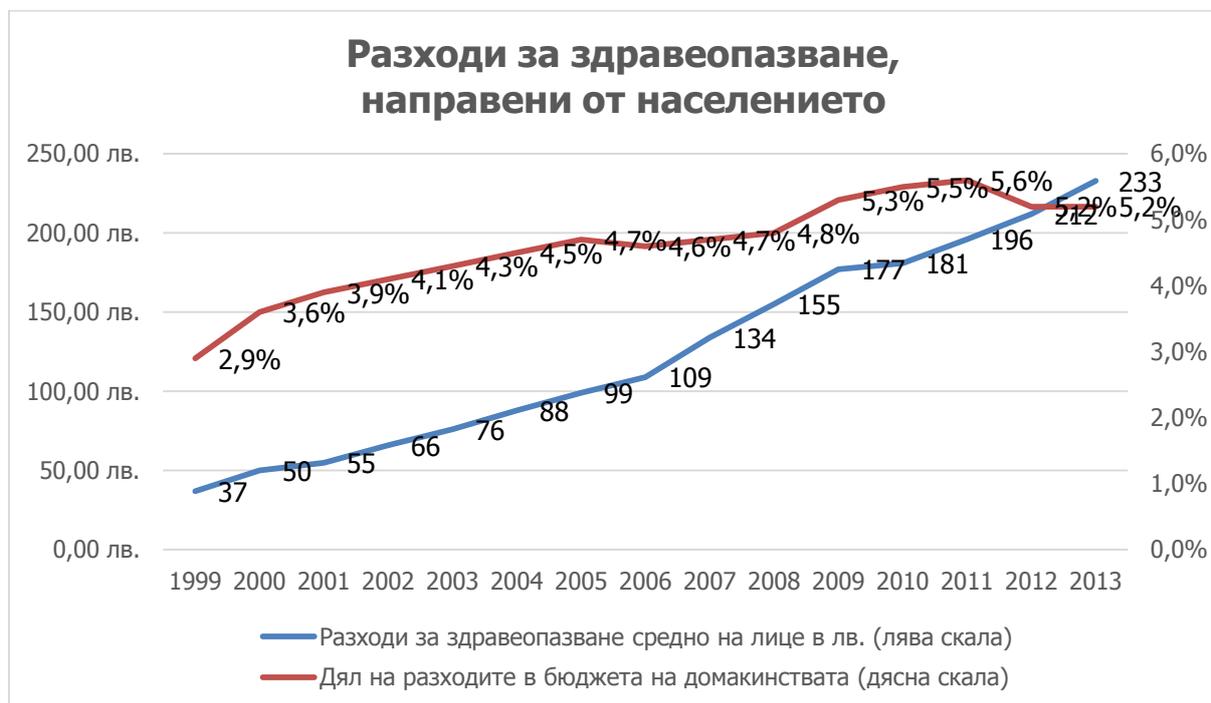
пазарна джунгла

– казва д-р Мими Виткова, бивш министър на здравеопазването, а сега изпълнителен директор на Обединения здравноосигурителен фонд „Доверие“. – Изборът на екип

вече не е право, а задължение за постъпване в много клиники. Има всякакви виртуозни схеми. Голяма част от болничните лекари работят и в извънболничната помощ. Интересът им е да приберат парите на пациента в кабинета си, а после да го пратят в болница, за да вземат и оттам.”

Надписването на сметки, което някога беше патент на сервитьорите, сега е практика на здравните заведения. Резултатът е, че българинът, най-бедният от гражданите на ЕС, плаща най-голяма част от разходите за здравеопазване от джоба си – 48 % през 2013 г.

Данните на НСИ показват, че за 15 години от началото на здравната реформа парите, които даваме за здравето си, са нараснали повече от 6 пъти – от 37 на 233 лв. годишно. Като се вземе пред вид инфлацията по данни на Евростат, увеличението е 3,16 пъти. Средно в ЕС за същото време нарастването е само 45 %. Почти двойно по-голям става и делът на тези разходи в бюджета на българските домакинства.



В това не би имало нищо лошо, ако в резултат ставахме по-здрави. Но следващият парадокс е, че колкото повече са болниците, толкова повече стават болните.

(Следва „Повече болници – повече болни“)

3. Повече болници – повече болни

Плаща ли се за пациенти и как се подбират

Акушерката Емилия Ковачева, която жестоко нарани бебе в болница „Софиямед“, взела 24 часово дежурство, признаха от болницата. Но по свое желание – това не било практика. По този повод Емилия Казълова, председателка на Алианса на българските акушерки, съобщи, че 90 на сто от тях

работят на две места

Същото се отнася и за лекарите. Средно 400-500 годишно емигрират. Благодарение на завършващите университетите бройката се попълва и от 15 години се колебае около числото 28 000, но напускат лекари със специалност, а идват млади без. Откъде новите болници да наберат персонал, за да бъдат акредитирани? Отговорът е – от пенсионерите и от другите лечебни заведения. „Най-добрите специалисти у нас

едновременно са на работа и в държавните болници, и в частните” – казва д-р Атанас Щерев, собственик на едноименната болница в София.

Така лекарското съсловие у нас се разделя на три прослойки – висшата на специалистите, които работят на няколко места или имат собствени клиники. За техните доходи се разказват легенди: 80, 90, 200 и дори 300 хил. лв. месечно. Средната се състои от специалисти на възраст около 40-50 г. – тя все повече изтънява заради емиграцията. И накрая идва младият пролетариат със заплати около 1000 лв.

Според отчета на „Токуда” средната заплата в болницата през 2013 г. е 1626 лв. Това включва лекари, сестри, санитарии и администратори. Но медицинският персонал получава и ДМС (допълнително материално стимулиране) от труда си по клиничните пътеки, плащани от НЗОК, което може да е 400-500 %. Колко получават най-добре платените 10 души? Ръководството на болницата не отговори на този въпрос, въпреки че законът го задължава.

Би трябвало с нарастването на лечебните заведения да се подобрява здравето на хората. Но у нас не е така. Расте броят не на здравите, а на болните, и то със страхотни темпове. Всеки четвърти българин е лежал в болница през 2013 г. поне на хартия.

Според отчета на НЗОК за една година броят на хоспитализираните (само сред здравно осигурените) е нараснал с цели 39 % – от 1 232 611 през 2012 г. на 1 714 745 през 2013 г. В Пазарджик 40,1 на сто от осигуреното население е получило направление за хоспитализация, т. е. почти 90 000 души! Възможно ли е това и защо се случва?

През 2013 г. клиниките – партньори на касата, са се увеличили с 32 в сравнение с 2012 г. и вече са 368. Освен това болниците разширяват дейността си, за да обхванат повече клинични пътеки. Договорите по пътеки са нараснали от 17 223 на 18 374, или с 1151. За да се издържат, тези болници се нуждаят от пациенти и си ги осигуряват по най-различни начини.

Най-простият е чрез направление от личния лекар. Парадоксът е, че джипитата имат определен лимит на направлението, които могат да дават за специалисти, но

няма ограничения

за хоспитализациите. „Когато ми свършат направлението, с облекчение пращам някои хора в болница – каза ми един личен лекар с дългогодишна практика. – Особено ако става дума за пенсионери по болест. През няколко години те трябва да минават на ТЕЛК, а за това им са нужни по 4-5 изследвания. Пет такива пациенти за месеца – и ми свършва лимитът за специалисти. По-добре да ги хоспитализирам.”

По тази причина в болница се пращат хора, които могат спокойно да се лекуват у дома. Лечебните заведения, разбира се, нямат нищо против. Лекари и управители на клиники твърдят, че частните болници плащат на джипита и дори на екипите на линейките, ако им изпращат здравно осигурени пациенти по добре платени клинични пътеки. Нито един от личните лекари, с които разговарях, обаче не потвърди това. Не намерих дори някой, на когото подобно нещо да е предлагано.

От столичния Център за спешна помощ също отредкоха да имат такива сигнали. Лекарите в линейките, заяви заместник-директорката д-р Светла Богданова, не знаят и не се интересуват дали пациентът е осигурен, а са задължени да го закарат в най-близката болница с подходящо отделение, която има свободни легла. Всеки ден лечебните заведения изпращат на ЦСМП такива данни.

По линия на спешната помощ постъпват в болница много хора – през последните пет години между 176 и 179 хил. души, което през 2013 г. представлява 9 % от всички

хоспитализации (1 982 695). Така че в битката за пациенти тя може да бъде много полезна. Бившият здравен министър д-р Стефан Константинов е убеден, че там има корупционна практика:

„Един от първите документи, които ми бутнаха за подпис в министерството, беше за „Бърза помощ“. Дотогава имаше наредба за райониране в инвазивната кардиология: в кои дни къде да се карат болните. Дойдоха при мен любезни служители и ми казаха, че това не е демократично, ограничаваме пациента, трябва да се транспортира по най-бързия начин... и аз набързо подписах. Обадиха ми се после колеги кардиолози от държавни болници и ме попитаха: „Ти знаеш ли какво си направил? Ако има човек със съмнение за инфаркт, може да му се направи инвазивна процедура и е осигурен,

плаща се 150 лева на екипа

и той отива в клиника еди-коя си, защото пътеката е 5000 лева. Останалите и неосигурените – при нас.“ И, колкото да беше недемократично, аз се върнах назад и определих къде да се карат болните.”

Бившият управител на „Св. Иван Рилски“ д-р Дечо Дечев също е убеден, че частните болници си подбират пациенти: „Категорично има механизъм, по който, първо, болните се насочват към определени здравни заведения, и, второ, се преценява рискът. Ако са с риск до 3, се карат в частна болница, ако е над 3 – в държавна. Защото за неговото лечение, независимо от състоянието му, се плаща определена сума по клиничната пътека. Ако случаят е тежък, може да се направят големи разходи и болницата да е на загуба.”

„От смяната на модела населението е намаляло с 2 млн. души, а броят на хоспитализациите е нараснал с 61 %. Това или е доказателство за абсолютно некачествената извънболнична помощ, некомпетентна да реши проблемите на пациентите, без да ги вкара в болница, или обратното – за комерсиалната настройка на болниците“ – казва д-р Мими Виткова, изпълнителен директор на здравноосигурителен фонд „Доверие“.

Всъщност и двете хипотези изглеждат верни, защото болните се увеличават не само в стационарите. Расте и броят на отсъствалите от работа по болест – за две години с 20 %.



Болниците би трябвало да са за най-тежките случаи, а у нас там се попада най-лесно – не случайно България е една от страните в ЕС с най-лесен достъп до здравеопазване. За пет години – от 2009 до 2014 г., разходите на НЗОК за болнична

помощ са се увеличили със 71,69 %. Въпреки това всекидневно сме свидетели на протести точно на работещи в болниците, че те ще фалират. Възможно ли е болниците да губят и защо?

(Следва „Моделът „Кадурин“)

4. Моделът „Кадурин“

Защо губят държавните болници

Съдбата на държавните болници била решена в 5 часа сутринта един ден през 2002 г. със спирането на тяхната приватизация. Така смятат някои политици. Първият директор на здравната каса д-р Илко Семерджиев твърди, че щеше да е много по-добре, ако те бяха купени от лекарите. Според него ресурсът от 5 милиарда, вложен в частни клиники, можеше да обнови изцяло старите лечебни заведения. Освен това, ако медиците бяха станали акционери, нямаше да напускат и да емигрират. През 2002 г. обаче при управлението на Симеон Сакскобургготски Законът за лечебните заведения беше изменен и цялата глава за приватизацията им – отменена.

Приватизацията – бъдеще или минало?

Д-р Атанас Щерев ми разказа как е станало това: „Една сутрин в 5 часа ни извикаха с Андрей Кехайов (тогава председател на БЛС) при царя, защото законът трябваше да влезе в парламента. Ние бяхме „за“ приватизацията, но Николай Василев беше против и Сакскобургготски не вярваше в това, което му говорехме. Накрая приватизацията беше спряна. Това беше груба грешка.“ Той допълва, че ако приватизацията се беше състояла, щеше да купи акции от някоя държавна болница, вместо да строи своя.

Според него сега частните клиники са по-добре управлявани и в голямата си част – по-добре оборудвани. „Държавните болници са губещи, краде се отвсякъде, взимат се пари под масата и накрая държавата пак им плаща дълговете. Какво очаквате от това?“ – обобщава д-р Щерев.

Някогашният здравен министър д-р Мими Виткова обаче не смята, че приватизацията щеше да подобри положението: „Какво щяха да правят лекарите, като станат съсобственици на болниците? Ще си режат ли от доходите, за да инвестират? Ако се беше случило това, щеше да е още по-зле. Нали приватизираха аптечните предприятия? Резултатът беше, че нито едно от тях не запази дейността си. Заслуга на Семерджиев е всички лекари да са търговци по статут, което ликвидира социалното мислене у голяма част от тях. Днешната попара, която сърбаме, е забъркана именно от този неолиберален подход.“

Има и държавни болници на печалба като например софийската „Св. Иван Рилски“. Бившият ѝ управител д-р Дечо Дечев казва: „Крайният резултат зависи от прихода и от разхода. Проблемите на една държавна болница в областта на приходите са много малки, но в областта на разходите са огромни.“ Според него обаче за приватизация е късно, тъй като тя

вече е направена нелегално

„Въпреки че болниците са държавни, дейностите на много места са частни. Екипите в клиниките ползват това, което е купила държавата, и развиват дейност в своя полза. Интерес на самите колективи да участват в приватизацията няма, защото вече са го направили.“

Скандалът около ВМА и отношенията на академията с дерматологичната клиника на проф. Мирослава Кадурин леко повдигна крайчеца на завесата, за да видим как се управляват държавните болници. Понеже тя е обвиняема, малко медии дадоха гласност на нейния отговор, в който се съдържаше една знаменателна фраза: „На

територията на болницата има десетки медицински центрове и групови практики по този модел.”

Всъщност, ако следим скандалите, моделът „Кадурина” не е патент на ВМА, а масова практика. Повече от година например продължава конфликтът между областната болница „Света Петка” във Видин и частната клиника по инвазивна кардиология на Тихомир Каменов там, взела под наем част от сградата. Изпълнителната директорка на „Св. Петка” д-р Виолета Дочкова даде пресконференция, на която каза, че държавната болница е изправена пред фалит заради сключените от предишното ѝ ръководство неизгодни договори. Наемодателят според нея трябвало да работи за благо на своя наемател.

В отговор частната болница заведе дело за парите, дадени за ремонт на сградата. Държавната пък изгради свое отделение по инвазивна кардиология, но министерството не го акредитира и сега при наличието на две болници пациентите се пращат във Враца. Неотдавна един от лекарите в „Св. Петка” получи инфаркт и почина, преди да го транспортират.

Изходът според д-р Дечев е в публично-частното партньорство: „За лабораторията в „Св. Иван Рилски” намерихме инвеститор в лицето на най-голямата фирма за такава дейност в Европа. Хората обещаха първоначална инвестиция за 1,5 млн. лв. в болницата, след това да плащат наем за 10 години. Направихме проекта, който като числа изглеждаше много добре – да се запази персоналът, да се увеличат заплатите... Но министерството ни отказа. За тях това поради някаква причина е тема табу.”

Как изчезна корупцията сред лекарите

Всъщност парите, които се наливат в системата, не са малко. В анализа на Световната банка, посветен на реформата, се казва: „Разходите за здравеопазване в България представляват около 7% от БВП, ниво, което е съпоставимо с това в много от новите държави членки (на ЕС).” Според Григор Димитров от Българската стопанска камара, който е член на Надзорния съвет на НЗОК, за здраве у нас се дават 7-7,5 млрд. лева годишно. Министерството на здравеопазването има бюджет 450 млн. лв., НЗОК – 3,05 млрд. 150 млн. получават ведомствените болници и около 2 млрд. според статистиката са „регламентирани” плащания т. е. тези, за които се издава документ. Дотук 5,650 млрд. лв. Според едно проучване на „Отворено общество” от 2008 г. нерегламентирани плащания от пациенти са почти толкова, колкото и законните, т. е. може да се предполага, че 1,5-2 млрд. лв. се дават като подкупи.

Прави ли ви впечатление, че медиите отдавна не споменават такива случаи? А беше време, когато през няколко месеца залавяха лекари с подкупи. През 2007 г. гинекологът от Златоград Мустафа Хасанов даже беше осъден на 3 години затвор. По същото време задържаха и уволниха д-р Стоян Пернишки от „Пирогов”, у когото намериха 300 лв.

В интернет сайтовете на министерството, на ИАМО и на много болници има бутон „Сигнали за корупция”. Там изглежда не знаят, че корупция в здравеопазването вече няма. От 2011 г. лекарите не вземат подкупи. По искане на главния прокурор Борис Велчев през 2011 г. Общото събрание на Наказателната колегия на ВКС излезе с решение, че лекарите не са длъжностни лица. А подкупът по дефиницията, дадена в наказателния кодекс, е дар или облага, получени от длъжностно лице, за да извърши или да не извърши действие по служба. Щом лекарите не са длъжностни лица, те не могат да бъдат обвинени във вземане на подкуп. Така с един замах ВКС ликвидира корупцията в здравеопазването. Само трима съдии бяха против.

Не че парите са толкова малко – те просто се харчат неразумно. Въпросът е какви хапчета трябва да гълтат политиците, за да променят това.

(Следва „Хапчета за политици“)

5. Хапчета за политици

Рецептата на д-р Москов: за кого свършва купонът?

Откак е министър, д-р Петър Москов обещава реформа, но засега се ограничава главно с вербална агресия: „Купонът свърши“, „Ще уволнявам директори“, „Закриваме болници“. Думите му обаче се разминават с делата.

Тримата нарочени за отстраняване шефове на най-големите болници („Св. Георги“ в Пловдив“, „Св. Марина“ във Варна и столичната „Св. Анна“, откъдето дойде самият министър) оцеляха. Било защото се оказа, че са държали пари в КТБ със знанието на министерството, било защото намериха други покровители. Промени в Закона за лечебните заведения не са внесени в парламента и не се знае кои са 50-те нарочени за затваряне болници, на които се закъни министърът.

Достъпен е само законопроектът за изменение и допълнение на ЗЗО. В него има неща, които отдавна трябваше да се направят, но много трудно ще се преглътнат от финансистите на държавата: да се увеличават всяка година здравните вноски за деца, студенти и пенсионери. Сега за тях

хазната внася нищожни суми

За хората с най-слабо здраве – пенсионерите, държавата внася в НЗОК средно по 22,80 лв. месечно. За децата сумата е още по-малка – 16,80 лв. Затова педиатричните клинични пътеки са слабо платени и детските болници са на загуба. Справката, която получих от Министерството на финансите, показва, че за общо 4 153 107 души от тези групи държавата е внесла през 2014 г. 975,3 млн. лв. здравни вноски – средно по 19,57 лв. месечно.

Работещите, които се осигуряват, са 2,6 млн. души. От тях 237 800 са държавни служители. За тях са внесени 300,6 млн. лв. или по 105,34 лв. месечно, а частният бизнес и самоосигуряващите, където са около 2 350 000 души, са внесли общо 1,6 млрд. лв. или средно 57 лв. на човек. Всичко от здравни вноски през 2014 г. са събрани 1,928 млрд. лв.

Предложението на министъра (ако се приеме) би увеличило средствата в здравеопазването, но не по-малко важно е как те се харчат. Рецептът на Москов е: лимити, по-малко болници, сканиране на личните карти на постъпващите в стационари, разделяне на пакетите здравни услуги на основен и допълнителен, листи на чакащите.

Лимитите вече бяха отменени от Административния съд. Гласувани бяха на първо четене промените в ЗЗО за разделяне на пакетите. Това, което не е ясно, е дали става дума за два вида заболявания или за два вида дейности. „Ако е за дейности, ние сме „за“ – казва Станимир Хасърджиев от Националната пациентска организация. Министърът обаче май говори за два пакета заболявания: основните, от които българинът най-често страда, и останалите.

„Идеята е глупава – смята бившият здравен министър д-р Стефан Константинов. – Листите на чакащите ще доведат до невероятна корупция. Има много начини случаите да се опишат като спешни, ограниченията ще се заобиколят и касата ще бъде излъгана.“ На същото мнение е и д-р Дечо Дечев, бивш управител на столичната болница „Св. Иван Рилски“: „Високо кръвно – винаги можеш да заявиш, че е във фаза, изискваща хоспитализация. Затова смятам, че ефектът, който гонят – да се редуцират постъпванията в болница, няма да се състои.“

Най-съществената пречка е, че здравната статистика отдавна е изкривена от фалшивите отчети на болниците, така че министерството прави

точни сметки по неверни числа

„В повечето смъртните актове пише, че причина е сърдечно-съдова недостатъчност – казва д-р Константинов, – защото сърцето на пациента е спряло. Винаги, когато човек умре, му спира сърцето. Ама това не е причината. Може да е имал тумор, интоксикация... На базата на тая невярна статистика ще се прави основният пакет.“

Д-р Атанас Щерев смята, че законопроектът изобщо няма да мине на второ четене: „Отдавна се говори за разделяне на пакети, но има огромни трудности. То е почти невъзможно. Че един законопроект е минал на първо четене, не значи нищо. Законът за защита на пациентите, който аз внесох през 2005 г., се гласува на първо четене, но оттогава минаха 10 години и, както виждате, няма такъв закон. Реформи в здравеопазването днес не могат да се направят.“

Според него държавата просто трябва да признае, че не може да посрещне нуждите. „От 330 трябва да се махне текстът, че касата плаща всичко. Това е лъжа. НЗОК плаща най-много от 45 до 50 % от извършените медицински дейности. Така че касата лъже болниците, болниците лъжат нея, а накрая страдат пациентите.“ Идеята му е да се определи какъв процент може да плаща НЗОК от цялата стойност на всяка клинична пътека и болните да си доплащат.

А неосигурените? Според различни източници между 500 000 (така твърди НАП) и 850 000 постоянно живеещи в страната българи нямат нито осигуровки, нито доходи, за да си плащат за медицински услуги. За тях държавата или трябва да прави здравни вноски, както предлагат от ДПС, или да определи болници за бедни.

Истината е, че нашите политици нямат стратегия. За 15 години Законът за здравното осигуряване е променян 90 пъти. „Идеята беше парите да следват пациента, т. е. да плащаме за дейности – казва д-р Илко Семерджиев. – С въвеждането на делегираните бюджети и на лимитите касата започна да издържа структури. През 2003 г. информационната система на НЗОК, която беше 95 % готова, беше деинсталирана. Така се отвори вратата за злоупотреби.“

Д-р Щерев обаче твърди: „Договорите за софтуера на касата с „Аремис софт“ бяха една афера. Трябваше да ги прекратим.“ В интерес на истината делата срещу д-р Семерджиев, които започна прокуратурата, завършиха или с оправдателни присъди, или с прекратяване.

Всеки министър идва с нови идеи

По времето на Божидар Нанев (2009-2010 г.) се говореше за здравна карта, за да се прецени къде какви болници да останат и да се разкриват. Тя още не е готова. Междувременно се откриха болници главно в петте най-големи града (само в София са вече около 100), докато за жителите на малките градчета и селата достъпът до тях е много труден.

През 2011-2012 г., когато министър на здравеопазването стана Стефан Константинов, първият кабинет начело с Бойко Борисов взе решение заплащането на болниците постепенно да премине от клинични пътеки към диагностично-свързани групи (ДСГ). За тях се говори от 10 години. През 2005 г. беше решено да се въведат до края на 2006-а, обаче НДСВ загуби изборите и Тройната коалиция сне въпроса от дневния ред.

Според Атанас Щерев рано или късно това трябва да се направи: „Клиничната пътека иска да изпълниш определени изследвания или процедури. Какво е станало с пациента и с неговата болест няма значение. Всички болници си получават парите, а болният страда. ДСГ се интересува какво е станало със здравето на пациента.“

Сега вече не се говори за въвеждане на ДСГ, въпреки че Борисов отново е премиер. Всички мерки, които предлага здравният министър, се отнасят за болниците. Там отиват най-много пари, но до тях би трябвало да се стига в краен случай. Затова в развитите страни средствата се насочват към профилактиката и амбулаторното лечение.

У нас е обратното: парите за извънболнична помощ, предвидени в бюджета на касата, растат много по-бавно, отколкото за болници. За пет години – от 2009 до 2014 г., разходите на НЗОК за болнична помощ са се увеличили със 71,69 %, за джипита – с 44,45 %, а за специалисти – с 48,41 %. В анализа на реформата на здравния сектор на Световната банка се казва: „Покритието с профилактични здравни услуги е ниско и българите са хоспитализирани много по-често от останалите страни в Европа – знак, че системата не предлага правилната комбинация от услуги.“

Нищо от рецептата на д-р Москов не показва, че е разбрал този знак. Затова и купонът няма свършване, а парите в касата все не стигат.