
**PAYMENT SYSTEMS IN GENERAL MEDICAL PRACTICE AND THEIR
REFLECTION ON THE PHYSICIANS PROFESSIONAL BEHAVIOUR AND
ETHICS**

Miglena Tarnovska

Medical University Plovdiv, Department of Healthcare Management, Section of Medical Ethics and Law, Republic of Bulgaria miglena_tarnovska@abv.bg

Rumyana Stoyanova

Medical University Plovdiv, Faculty of Public Health, Department of the Health Management and Healthcare Economics, Republic of Bulgaria rumi_stoqnova@abv.bg

Abstract: Current paper analyses professional ethics and behavior of general practitioners (GP) depending on the most common systems of payment applied for financing activities in the general medical practices. Noted here are the advantages and the limitations of the capitation as a basic method of payment which provides considerable part of the incomes of Bulgarian general practitioners. Heterogeneity of the professional behavior is being discussed, which is affected by the type of the economical stimuli: enlarging the list of patients, unfair competition between medical practices, intentional infringements of framework agreements with the financing body, erosion of physician-patient communications, referring patients to other physicians and specialists, quality of clinical decisions etc. In the context of the Bulgarian general medical practice an advisability is examined, to consider a flexible type of payment system, including the type and capacity of the completed services, with a limited number of patients' basic component preserved. It is suggested that increasing the share of payments on the "work done" basis would lead to an increase of labor motivation, observation of professional standards and rules of the good general medical practice.

Keywords: general practitioners, payment systems, professional ethics, professional behavior, quality of medical help

**СИСТЕМИ НА ЗАПЛАЩАНЕ В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА И
ТЯХНАТА РЕФЛЕКСИЯ ВЪРХУ ПРОФЕСИОНАЛНОТО ПОВЕДЕНИЕ И
ЕТИКА НА ЛЕКАРИТЕ**

Миглена Търновска

Медицински Университет-Пловдив, Факултет по Обществено Здраве, Катедра по Управление на Здравни Грижи, Секция „Медицинска етика и право“ miglena_tarnovska@abv.bg

Румяна Стоянова

Медицински Университет-Пловдив, Факултет по Обществено Здраве, Катедра по Здравен Мениджмънт и Икономика на Здравеопазването rumi_stoqnova@abv.bg

Резюме. Настоящата статия анализира професионалната етика и поведение на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) в зависимост от най-често използваните системи на заплащане, прилагани за финансиране на дейности в практиките по обща медицина. Маркирани са предимствата и ограниченията на капитацията като базов метод на заплащане, осигуряващ значителен дял от приходите на българските общопрактикуващи лекари. Дискутира се хетерогенността на професионалното поведение, повлияно от вида на икономическите стимули: увеличаване листата на пациентите, нелоялната конкуренция между медицинските практики, съзнателни документни нарушения на рамкови споразумения с финансиращите органи, ерозия на комуникацията лекар-пациент, рефериране и прехвърляне на пациенти към други лекари и нива, качеството на клиничните решения и др. В контекста на българската обща медицинска практика се разглежда целесъобразността от обмисляне на флексибилен тип система на заплащане, включващ вида и обема на реализираните услуги, при запазена базисна съставка от лимитиран брой пациенти. Предполага се, че увеличаването на дела на плащанията на база „извършена дейност“ би довело до повишаване на трудовата мотивация, спазване на професионалните стандарти и правилата за добра медицинска практика.

Ключови думи: общопрактикуващи лекари, системи на заплащане, професионална етика, професионално поведение, качество на медицинската помощ

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Здравните системи непрекъснато приспособяват механизмите за възнаграждение на изпълнителите на медицински грижи към бързо променящите се общественно-икономически отношения. Реформирането на механизмите на заплащане цели създаването на набор от финансови стимули, които да осигурят добро качество и справедлив достъп до здравни услуги, като в същото време ограничават разходите за здравеопазване чрез ефективното и ефикасно използване на ресурсите. Конкретният избор на платежна система зависи от стимулите, които държавната политика и финансиращите органи, искат да предоставят на изпълнителите.

Предвид рационалното изразходване на ресурси, здравните системи въвеждат способности за ограничаване на нежеланите последици от действието на икономическите стимули (например, предлагане на ненужни услуги, морален хазарт, прехвърляне на разходите към по-горните нива на системата, увеличаване на административната работа на изпълнителите на медицински грижи и др.) [6, 21]. Степента, в която механизмите за финансиране оказва влияние върху предоставянето на здравни услуги, зависи както от самия механизъм, така и от контекста, в който се осъществява здравната услуга - например как тя се организира, структурата и по-широките контекстуални характеристики на здравното обслужване и система [22].

В подсистемата на първичната медицинска помощ (ПМП) държавите в Европейския регион използват комбинации от платежни механизми с преваляващ дял на един от вложените компоненти. С изразен превес е проспективното бюджетиране на база капитация или заплата, в сравнение с ретроспективното заплащане от типа „такса за услуга“. Проучването на платежните структури в ПМП е сложно, тъй като държавите организират и финансират услугите на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) по различни начини.

Редица изследователи разглеждат взаимната връзка между механизмите на плащане и финансовите поощрения върху дейността на ОПЛ. Практиката показва, че начинът, по който лекарите биват заплащани - заплата, капитация или такса за услуга (fee-for-service - FFS) се отразява значително на начина, по който практикуват своята професия [13, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 24]. Системите на заплащане генерират едновременно неблагоприятни и благоприятни стимули, оказващи влияние върху лекарското поведение, етичните решения и качеството на медицинските услуги, което мотивира едно-задълбочено проучване в тази проблемна област.

Целта на настоящата статия е да представи анализ на професионалното поведение и етика на лекарите, предвид влиянието на използваните платежни системи на финансиране на практиките по обща медицина в контекста на българските условия.

2. ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА (ОМП) – АВТОНОМНА СТРУКТУРА СЪС СПЕЦИФИЧНИ МЕДИЦИНСКИ И БИЗНЕС ХАРАКТЕРИСТИКИ.

Организирането и институционализирането на общата медицинска практика (ОМП), като особен вид структура за оказване на ПМП е основен по важност елемент на здравната реформа и приоритет на здравните политики. С цел да стимулира личната инициативност и частното предприемачество, българското законодателство прие нормативни документи, които легитимираха формиращите практики по обща медицина като независими икономически субекти [11, 8]. Подобно на своите европейски колеги, българските ОПЛ работят на свободна практика (self-employed) и получават заплащане, според сключения договор с националния здравноосигурителен фонд. Дефинирането на дейността на общопрактикуващите лекари като *търговска*, и регистрирането им като *еднолични търговци*, събуди скептицизъм и открити недоволства, както сред обществеността, така и сред медицинското съсловие.

Същевременно *системата на финансиране* на здравната помощ се превърна в едни от най-дискутираните проблеми през изминалите години. Породика се критични становища, според които правителствената политика за насърчване на ПМП създава дисбаланс във възнаграждението и неравнопоставеността между медицинските специалисти от различните специалности, вероятна причина за занижен морал в съсловието [1, 4, 8].

Диметрална и константна през годините остана позицията на Националното сдружение на ОПЛ (НСБОПЛ) за незадоволителното бюджетиране на практиките за ПМП в несъответствие с приетите от държавата политики; за трудностите при отделяне на средства за инвестиции и реинвестиции; за финансова нестабилност и търсене на начини за компенсация с цел оцеляване, на фона на задълбочаващ се процес на ограничаване на клиничната свобода за упражняване на специалността по обща медицина.

В България основен източник на финансиране на ОМП е Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), която осигурява значителен дял от приходите им, в съответствие с правилата на Националния рамков договор (НРД). Като икономическа основа на отношенията права на пациента - за получаване безотказно извършване на определен пакет от дейности от ОПЛ, заплащането според броя на записаните

пациенти (per capita; capitation) има голямо значение за икономиката на българските практики по обща медицина. При определяне възнаграждението на ОПЛ са включени още и няколко гарантирани базови пакета услуги - „Майчино здравеопазване“, „Детско здравеопазване“, „Профилактични прегледи“ и „Диспансеризация“ на лица със заболявания. Допълнително възнаграждение се заплаща на ОПЛ, работещи в практики при неблагоприятни условия, като райони с лоша инфраструктура, отдалечени или планински райони.

Приетата у нас първоначално радикална система за възнаграждение на труда на ОПЛ, продължава да се крепи на „набран“ брой лица, без реално остойностяване на здравните услуги, и е обект само на профилактични въздействия от страна на финансиращата институция. По последни официални данни на НЗОК за обеми и разходи по пера за 2017г., се наблюдава умерено увеличение на бюджета за ПМП при равномерно съотношение между капитационното заплащане и това за различните отдиференцирани дейности по направления (58/42%) [3].

Капитационният метод се прилага широко за компенсиране труда на общопрактикуващите лекари във Великобритания, Унгария, Полша, Италия, Румъния, Словения и др. Изключения правят държави като Германия, Австрия, Белгия, Франция, където заплащането на ОПЛ се базира основно на „такса за услуга“ [6].

3. РЕФЛЕКСИЯ НА СИСТЕМИТЕ НА ЗАПЛАЩАНЕ НА ЛЕКАРСКИЯ ТРУД ВЪРХУ ПРОФЕСИОНАЛНОТО ПОВЕДЕНИЕ И ЕТИКА НА ОПЛ.

В Таблица 1 е представен сравнителен анализ на различните начини на заплащане на ОПЛ в европейската система на здравеопазване и обобщените ключови недостатъци и предимства на породените от тях икономически стимули.

Предвид възможните последствия върху професионалното поведение на ОПЛ, обект на позадълбочена дискусия в настоящата статия е *капитационния метод* на заплащане, който е от съществено значение за сравнителния анализ на платежните системи в контекста на българските практики за ПМП.

Предимствата на капитационния механизъм се основават на възможностите за справедлив достъп до медицинска помощ и фискалната предвидимост на плащанията, независимо от вида и размера на използваните услуги, при липсата на сложни системи от цени, които да компенсират лекарите за широкия обхват и разнообразие на здравните дейности [6, 22]. Тъй като парите следват пациента, независимо от използването на услугата, се предполага, че капитацията стимулира ограничаване на разходите и недостатъчното предоставяне на услуги (дори под клинично необходимите нива) [22].

- Недостатъчното финансиране на практиките по обща медицина, основано предимно на капитация, изправят ОПЛ пред необходимостта да търсят възможности и да предприемат *рисковани действия в нарушение на императивни разпоредби*. Проучване на И. Стамболова и С. Стамболов (2012) посочва, че над половината от анкетираните ОПЛ (67%) признават, че извършват съзнателно *нарушения на НРД*, за да оцелеят икономически. Като мениджъри на собствената си дейност, медиците често са изправени пред трудната дилема – добър баланс на практиката или хуманизъм; добро качество на дейността или прегледи за всички нуждаещи се [9].

- Капитацията създава относителна сигурност за получаване на ежемесечен доход на ОПЛ, но поражда мотивационни стимули за *увеличаване листата на пациентите*, при което страда достъпа до медицинска помощ, качеството на обслужване и удовлетвореността на пациентите [2, 7, 17, 20].

Табл.1 Модели на заплащане на ОМП и основни стимули, които пораждат.

Начин на плащане	Породени стимули (+) ключови предимства на метода (-) ключови недостатъци на метода
Бюджетно финансиране/ Заплата (ретроспективен и проспективен)	(+) Позволява контрол на разходите по категории в общите разходи; (+) Прогнозиране на разходите от финансиращата институция (освен допълнителните разходи на изпълнителите); (-) Слаба гъвкавост при използването на ресурсите; (-) Няма директни стимули за ефективност; (-) Не предлага стимули за подобряване на производителността;
Капитация (проспективен)	(+) Позволява непрекъснатост при предлагане на услугите; (+) Създава силни стимули за подобряване на ефективността, (което може да се отрази в намаляване на качеството); (-) Ограничаване обема на предлаганите услуги; (-) Възможно е „обирание на каймака“ и записване на нискорискови пациенти с цел минимизиране на финансовия риск;
Заплащане за извършена дейност/ услуга (ретроспективен)	(+) Предлага стимули за подобряване на производителността; (+) Ограничаване прехвърлянето на пациенти към по-горните нива в системата; (-) Стимули за свръхпредлагане на услуги (процедури, изследвания); (-) Стимули за селектиране на ниско рискови пациенти в категорията;

Източник: Министерство на финансите на РБългария. Документи: Видове механизми на заплащане на изпълнителите на медицински услуги и стимулите, които поражда. Модели на финансиране, използвани в подсистемите на страните от ЕС.

• Капитацията потенцира рефериране и прехвърляне на пациенти на други лекари и нива чрез издаване на т.нар. медико-диагностични направления. Това поражда висока честота на препращане на пациентите към специализираната доболнична и болнична помощ и освобождаване на ОПЛ от отговорността към лечението на тези пациенти [5, 6, 21].

• Капитацията може да предизвика високо ниво на конкуренция между ОПЛ за ново регистрирани пациенти в листата им. Според I. C. Cann & E. Biorn (2010), капитационната система акцентира върху привличането на потребители на услуги (потенциални пациенти), с което стимулира конкурентните отношения между лекарите на обща практика [12].

В резон на посочения аргумент, следва да се отбележи, че годишните отчети на регулаторния орган НЗОК за периода 2004г.-2009г. потвърждават прояви на *нелоялна конкуренция* при набиране на пациенти сред българските практики за ПМП. Нарушения на професионално-етичните норми при ОПЛ са констатирани от НЗОК в много региони на страната. В официалните документи се посочва за неправомерно включване на пациенти в регистъра на общопрактикуващите лекари, свързано с *неоснователно прехвърляне на осигурените лица без тяхно съгласие*, с което бива нарушено правото им на свободен избор на лекар. В разширено анкетно допитване сред лекари на обща медицинска практика, близо 89% от респондентите споделят прояви на нелоялна конкуренция от страна свои колеги при привличане на пациенти към техните листи. Медиците, които по-често са били обект на нелоялна конкуренция декларират значимо по-често *липса на доверие към колегите ОПЛ* [18].

В допълнение на дискутираното явление е проведеното ретроспективно проучване на депозираните жалби по повод нарушено право на свободен избор на ОПЛ в регионалната здравноосигурителна каса (РЗОК) гр. Пловдив за периода 2000г. -2013г. Установява се, че в началния етап на обособяване и развитие на практиките за ПМП и преразпределение на пазарния дял от потребители, се наблюдава тенденция на известен пик на общия брой на подадените оплаквания към РЗОК за нарушено потребителско право на свободен избор на ОПЛ. Понастоящем, макар и със затихващ характер, проблемът за неправомерно включване на пациенти в листите на ОПЛ продължава да съществува като проблем в първичната медицинска помощ [10].

• Конкурентните отношения между ОПЛ доказано оказват влияние върху *начинът, по който биват изписвани реимбурсираните лекарства, също обезболяващи, сънотворни и седативни медикаменти*. Норвежки автори установяват, че ОПЛ работещи в среда с повишена конкуренция изписват повече медикаменти на по-възрастните пациенти (над 70-годишна възраст), в сравнение с практикуващите в ниска конкурентна среда, като целта на ОПЛ е да задържат повече пациенти в практиките си. По този начин поведението на общопрактикуващите лекари бива повлияно от отделните пациентски предпочитания и „пациентският натиск”. Авторите посочват, че ефектът от това поведение в чисто икономически аспект не е в състояние да влияе върху ценообразуването, но явлението не бива да бъде подценявано от гледна точка на последиците за здравето на пациентите [12].

Условията за практикуване на медицинската професия, под натиска на пазарните сили, строгото придържане към законови разпоредби и рамкови споразумения подлагат на изпитание личния морал и професионална етика на ОПЛ. Етичната дилема “справедливо заплащане на лекарския труд” срещу “качествено медицинско обслужване” има своите две равностойни страни. За да работи всеки лекар професионално, безспорно трябва да има необходимата квалификация, силна мотивация за работа, съразмерно остойностяване на медицинските дейности и адекватно възнаграждение. Комплексното влияние на изброените фактори и тяхното отражение върху качеството на медицинската помощ, респ. здравето на потребителите, остава актуален въпрос, чиито отговори са неразривно свързани с професионалните етичните норми и стандарти за добра медицинска практика.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

[1] Воденичаров Ц., В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване – 5. Здравен мениджмънт, 2005, 2: 5-14.

[2] Димитрова Д., Т. Златанова. Оценка на организацията на първичната медицинска помощ от здравни мениджъри. Здравна политика и мениджмънт, 2012, 3: 10 – 13.

[3] Киров Л., Становище относно: цени и обеми в ПИМП за НРД 2018, НСОПЛБ <http://www.nsoplb.com>

[4] Кулаксьзов Ст., Св. Тодорова, Е. Тракаес, Ст. Христова. Здравни системи в преход. София: Институт Отворено Общество; 2004.

[5] Лъчкова М., М. Семерджиева, Р. Стефанов. Някои аспекти на качеството на първичната здравна помощ според общопрактикуващия лекар. Здравен мениджмънт, 2002, 3: 21-28.

- [6] Министерство на финансите на РБългария. Документи: Видове механизми на заплащане на изпълнителите на медицински услуги и стимулите, които пораждат. Модели на финансиране, използвани в подсистемите на страните от ЕС. www.minfin.bg/document/8624.
- [7] Петрова Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов. Качеството в здравеопазването Съвременни измерения и тенденции. София; 2008.
- [8] Симеонова- Парашкевова Б. Общопрактикуващият лекар в здравната система: история, развитие и перспективи, Академично издателство Тракийски университет, Ст. Загора, 2016.
- [9] Стамболова И., С. Стамболов. Актуални проблеми в мениджмънта на общата практика (по мнение на ОПЛ). Медицински меридиани, 2010, том I (1): 37-41.
- [10] Търновска М. Правото на свободен избор на общопрактикуващ лекар и случаи на неговото нарушаване (по данни от жалби, постъпили в РЗОК – Пловдив). Обща медицина, XVII, 4, 2015 : 3-7.
- [11] Христов Ж. Регулиране на предприемаческата дейност в системата на здравеопазване на европейските страни. Здравен мениджмънт, 2006, 2: 13-19.
- [12] Cann I.C., E. Biorn. Competition in general practice: Prescriptions to the elderly in a list patient system. J.Health Econ., 29, 2010, 5: 751-764.
- [13] Carson T. Conflicts of interest and self – dealing in the professions: A Review Essay, Business Ethics Quarterly, 2004, 14 (1): 161-182.
- [14] Dorr S., M. Lipkin. The Doctor–Patient Relationship Challenges, Opportunities, and Strategies, Journal of General Internal Medicine, Jan 1999, 14 (1): 26–33.
- [15] Enthoven A., Tollen L. Competition in Health Care: It Takes Systems to Pursue Quality and Efficiency, Health Affairs, 2005, 24: 420-434.
- [16] Geneau R., P. Lehoux, R. Pineault, P. Lamarche. Understanding the Work of General Practitioners: A Social Science Perspective on the Context of Medical Decision Making in Primary Care, Family Practice 2008, 9:12, <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/9/12>, Visited: 10.11. 2012.
- [17] Gosden T., B. Sibbald, J. Williams, R. Petchey, B. Leese. Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behavior in England, Health Policy 2003, 64 (3): 415-423.
- [18] Ivanova M., S. Tufkova. Disloyal competition among Bulgarian general practitioners, Acta Medica Bulgarica, 2008, XXXV, 1: 53-59.
- [19] Kassirer J. Managed care and the morality of the marketplace, New England Management, 1995, 333 (1): 50-52.
- [20] Kilo Ch., D. Horrigan, M. Godfrey, J. Wasson. Making Quality and Service Pay: Part 1, The Internal Environment, Fam Pract Manag, 2000 Oct, 7 (9): 48-52.
- [21] Kroneman M., Paying General Practitioners in Europe NIVEL, 2012.
- [22] Peckham S., K. Gousia GP payment schemes review, Policy Research Unit in Commissioning and Healthcare System, 2014.
- [23] Scott A., J. Hall. Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects. Health Policy 1995, 31 (3): 183-195.
- [24] Shen J., R. Andersen, R. Brook, G. Kominski, P.S. Albert, N. Wenger. The effects of payment method on clinical decision-making: physician responses to clinical scenarios, Med Care, 2004, 42 (3): 297-302.