Проблемът със свободния лекарски избор през 20- те – 30-те години на XX век

Веселка Радева

The problem of the free choice of doctors in 20s and 30s years of twentieth century: *With the introduction of health insurance in Bulgaria arises the question of organization and treatment of insured persons. In the beginning insured can be treated with any doctor of their choice. The system of free medical choice was very expensive and not suitable for the conditions in Bulgaria. Therefore it was replaced by an organized system of treatment by doctors employed in the Social Security fund.*

Key words: *Health Insurance, illness, choice, doctor, treatment.*

ВЪВЕДЕНИЕ

С въвеждането на здравното осигуряване в България, естествено възниква и въпросът за организацията на лечението на осигурените лица. Първите български здравноосигурителни закони от 1905 г. (Закон за спомагателна каса на работниците по обществените предприятия и за привилегиите на надниците им),[1, №70, 31 март 1905 г.] от 1906 г. (Закон за подпомагане в случай на инвалидност и болест на назначените с надница държавни работници) [1, №52, 7 март 1906 г.] и от 1918 г. (Закон за осигуряване на работниците и служителите в случай на злополука и болест) не поставят никакви специални изисквания и ограничения относно избора на лекуващ лекар. Срещу вноска от 1 % от заплатата, осигурените работници и служители имат право да ползват медицинска помощ за сметка на фонда „Работнишки осигуровки" (по-късно преименуван на „Обществени осигуровки") до три месеца или до оздравяването си в зависимост от конкретния осигурителен случай и от закона, под чието действие попадат.[1, №132, 15 юни 1918 г.]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Значителна крачка напред в развитието на осигурителната система е Законът за обществените осигуровки от 1924 г. Той се отнася до всички работници и служители в държавни, обществени и частни предприятия, на които не се правят удръжки по някои от законите за пенсиите, като осигуряването е за злополука, болест, майчинство, инвалидност и старост. На самостоятелните занаятчии, търговци, земеделци и на упражняващите свободни професии, доход по-нисък от 50 000 лв. годишно, както и на служителите от държавните и изборни учреждения се дава възможност да се осигуряват по желание.

По този закон периодът на лечение за сметка на фонда „Обществени осигуровки" е увеличен на девет месеца през годината, при направени осем непрекъснати седмични вноски. На осигурените лица се предоставя възможност за домашно, амбулаторно и болнично лечение, безплатни лекарства, санитарни материали, а също и ортопедични средства. Трябва да се отбележи, че Фондът поема лечение и в минерални бани, летовища и санаториуми. [1, №289, 25 март 1924 г.]

Още при обсъждането на законопроекта в Народното събрание се поставя проблемът за свободния лекарски избор. Основният докладчик, Стойчо Мошанов, се спира подробно на този въпрос. Той обръща внимание на депутатите колко е важно на кой принцип ще се спрат – дали на лечение чрез лекари на фонда или по системата на свободния лекарски избор. И двете системи имат своите положителни и отрицателни страни, както и своите привърженици и противници. Според оратора, свободният избор навсякъде е дал „печални резултати". Пример се дава с Франция, където се констатирани много злоупотреби и се водят съдебни процеси. Такива сведения вече има и у нас.

От друга страна, смята Мошанов, лечението само от фондови лекари е практически невъзможно. След приемането на закона броят на осигурените лица значително ще се увеличи, а оттам и нуждаещите се от медицинска помощ. Поради тези причини като най - подходяща се посочва една система, съчетаваща и двете възможности. Предлага се първоначалният преглед да се извършва от фондов лекар, който да констатира заболяването. След това вече работникът да е свободен да се обърне към лекар по свой избор. Лекарите ще се избират по предварително одобрена от Фонда листа.

Такъв вариант би дал възможност да се ограничат възможностите за злоупотреби и разхищаване на средствата. Освен това, ще се събират данни за една достоверна статистика на заболеваемостта, особено по отношение на професионалните болести. При свободният избор сведения от такъв характер могат да се получат много трудно, а такива са необходими като една добра основа за бъдещата социална политика. [7, с. 427 – 428]

В крайна сметка в чл. 43 от закона се потвърждава системата на свободен избор на лекар. Интерес представлява организацията на лечебната дейност, уредена в Правилника за приложение на този закон. За да може един лекар да работи към фонда „Обществени осигуровки", е необходимо той да подаде декларация в съответната Инспекция по труда, с която да изяви желанието си да лекува осигурени лица, а също така, и да потвърди, че ще спазва закона и съответните разпоредби по неговото приложение.

Макар законът да потвърждава правото на свободен избор на лекуващ лекар от осигуреното лице, са поставени и някои ограничения относно смяната на лекаря. Промяната не може да става без негово съгласие или без одобрението на съответната Инспекция по труда. Това се налага с оглед на едно по - ефективно лечение и контрол върху фондовите лекари.

С цел рационално използване на средствата, Фонда задължава лекарите, зъболекарите и акушерките да дават на болните само „необходимия минимум ефикастна помощ" а също и „да избягва каквото и да е излишество, било с цел да угажда на болния, било с цел за лична облага".

Периодът на отпуска по болест трябва да е в „само минимални срокове". В случай, че се установи неправомерното му предписване, то виновният лекар се наказва с глоба и е длъжен да върне неправилно получената от болния парична помощ. Самият болен, пък, ако оздравее по – рано, трябва да уведоми лекаря и инспектора по труда и да се върне на работа. Той също подлежи на санкции при установяване на нарушения.

Лекарите, зъболекарите, фелдшерите и акушерките, работещи с Фонда получават своите възнаграждения под формата на хонорар за извършен преглед или лечение. Неговият размер се определя от комисия, в която участват началникът на Отделението по труда, счетоводителят на Фонда, по двама представители на Върховния медицински съвет и по един на работническите и работодателски организации, на лекарския, зъболекарския и акушерски съюзи. [1, №69, 28 юни 1924 г.]

Системата на свободен избор на лекар, обаче, не след дълго показва и някои недостатъци. Никъде в европейските страни не се практикува под такава напълно свободна форма. Тя се оказва твърде скъпа за българските условия. В този смисъл Началникът на Отделението по труда Димитър Николов, в докладна записка от 1927 г. прави извода, че „... всички опасения, които имаха чуждите администрации от тая система и всички резерви, които те направиха, напълно се оправдаха" [4, с. 6 – 7]

Както лекарите, така и пациентите трудно могат да бъдат контролирани от местните инспекции. Значителна част от осигурените смятат, че след като са внесли определена сума, трябва да направят всичко възможно да си я върнат под формата на парична помощ за болест и лекарства. Част от тях обявяват по - ниски надници и

оттам внасят и по – ниски осигуровки. Други се осигуряват за много кратък период, само дотолкова, доколкото да придобият съответното право на лечение или парична помощ, т.е. когато осигурителният случай вече е настъпил.

Лекарите пък, за да не загубят пациентите си, нерядко изписват повече от необходимото количество лекарства и дни отпуск по болест. Една от причините за това е ниският хонорар, който Фонда им заплаща. Те настояват неговият размер да не е по – малък от средния частен преглед. Тъй като исканията не се приемат, се налага компенсиране с по-голям брой визити на осигурените. Всичко това се оказва голямо предизвикателство за финансовото състояние на Фонда.[6, с. 29 – 32]

Поради тези причини през 1929 г. се налага въвеждане на регулиран избор. Целта е да се създаде по - добра организация на медицинското обслужване, а също и да се реализира икономия на средствата. Осигурените могат да изберат лекар от специална листа, подготвена от Българския лекарски съюз (БЛС) и одобрена от Фонда. Изискването към тези лекари е да имат право на практика и професионален опит поне две години.

Осигурените лица, след като вече веднъж са направили избор на лекар, не могат да го сменят в продължение на една година. Това може да бъде разрешено и преди изтичането на срока, но само със съгласието на избрания лекар и на Фонда. С цел икономии е въведен и по – строг финансов контрол. Възнагражденията на лекарите се проверяват, както от Инспекцията по труда, така и от местните лекарски комисии. Налагат се и ограничения в изписването на лекарства. За тях също се подготвя листа, от която трябва лекарите да избират най – ефикасните и най – евтините препарати.

Въпреки взетите мерки и наложените ограничения, системата продължава да бъде в дефицит. Това налага и поредната промяна – през 1932 г. регулираният избор е заменен от назначени към фонда 60 лекари, разпределени по райони, които трябва да поемат лечението на осигурените в цялата страна. Резултатът е масово недоволство и на лекарите и на пациентите.

Новата организация на медицинската дейност по фонда „Обществени осигуровки" предизвиква реакцията и поредния конфликт с БЛС. От съюза настояват да се отмени това изключително грешно решение, което няма да разреши финансовите проблеми, но също така и не е в полза на осигурените. При голям брой пациенти и малък брой лекари естествено се стига до затруднен достъп до медицинска помощ.

През 1933 г. свободният избор отново е възстановен, но в коригиран вариант. Системата е променена по отношение на заплащането на лекарския труд. То става вече не на база извършен преглед или лечение, а на 1000 души осигурени лица се определя годишното лекарско възнаграждение. [3, с. 90 – 92]

За пореден път системата на лечение на осигурени лица е променена през 1934 г. Свободният лекарски избор е окончателно премахнат със специална наредба. Въвежда се лечение чрез назначени към Фонда лекари. Направено е разделение на лекари лечители, лекари хигиенисти лечители, доверени лекари и лекари консултанти, с ясно диференцирани задължения.

Лекарите лечители са назначени към местните Инспекции по труда в населени места с над 1500 осигурени. Те работят във фондовите диспансери или в самостоятелни кабинети. Определено им е работно време от 9 до 13 часа и от 15 до 19 часа, през което имат задължението да преглеждат всички явили се при тях осигурени лица. За тяхното качествено лечение лекарите лечители следва да разполагат с добре обзаведени кабинети, снабдени необходимия медицински инструментариум. В работно време е забранена частната практика, както и афиширането й в кабинета, в който се работи с осигурените. Тези лекари играят основна роля по отношение на борбата със т.н. социални болести, както и обслужването на бременните и родилките.

Втората категория лекари работят в индустриалните предприятия. Те следва да разполагат с фабрична амбулатория, в която да преглеждат работниците. Същите, при необходимост трябва да оказват помощ и на осигурени от други предприятия, а ако се наложи да посещават и болните в домовете им по всяко време на денонощието. Тези лекари изпълняват и службата по Закона за хигиената и безопасността на труда. Вменени са им и някои задължения от немедицински характер. Техен ангажимент е да следят за състоянието на осигурителните книжки, както и за редовното внасяне на осигурителните вноски на работещите в съответното предприятие.

Доверени лекари се назначават от Инспекцията по труда в селища с осигурени лица между 500 и 1500 души. Техните задължения са същите, като лекарите лечители. Те следва да приемат осигурени пациенти в кабинетите си поне четири часа дневно, като в останалото време, при повикване, ги посещават по домовете им.

Към лекарите консултанти се изпращат пациенти едва тогава, когато е извършена консултация между двама лекари лечители на Фонда и се установи необходимост от по – специализирана помощ. По право с такава функция са натоварени и лекарите от държавните и общински лечебни заведения.

Ако в съответното населено място няма назначен фондов лекар, то осигурените се лекуват най – близката държавна болница, в общинските или градски амбулатории. За целта е необходимо пациентът да представи редовна осигурителна книжка. Оказаната медицинска помощ се заплаща по – късно от Фонда по установен ценоразпис

Лекарите лечители имат правата и задълженията на държавни чиновници, съгласно Закона за държавните служители.[1, №110, 15 август 1934 г.]

Постепенно започват да се откриват собствени лечебни заведения на фонда „Обществени осигуровки". Такава е работническата болница „Царица Йоана" в София. В големите градове със значителен брой работници и служители започват да работят т.н. лечебници – диспансери. Те разполагат както с амбулатории, така и с добре оборудвани стационари. В тях вече се осъществява и цялостното лечението на осигурените лица. През 1938 г. такива лечебници – диспансери работят в София, Пловдив, Бургас, Варна, Русе, Габрово и Хасково.[8, с. 207 – 212]

Преминаването от свободен лекарски избор към организирана медицинска помощ предизвиква поредните протести от страна на БЛС. Критиките основно са, че новата система в никакъв случай няма да бъде по – евтина. Освен това, при липса на конкуренция между лекарите, ще спадне качеството на оказваната медицинска помощ. Като алтернатива Лекарският съюз дава различни предложения за усъвършенстване на свободния избор, като промени в начина за заплащане, ограничаване до определен брой пациенти на лекар и др. Основните въпроси, които БЛС поставя се отнасят особено до приходната част на Фонда, а също така и негово управление.

В отговор на тези обвинения, министърът на народното стопанство Стойчо Мошанов публикува статистически данни, от които става ясно, че по новата система вече са реализирани значителни икономии на средствата на Фонда. Според тях, пред месеците октомври, ноември и декември 1933 г. за лекарски хонорари, лекарства и отпуски по болест само в гр. София са похарчени 6 006 783 лв. За същия период на 1934 г. разходите са 3 642 413 лв., т. е. почти на половина. Тези цифри ясно показват, според министъра, че Дирекцията на труда и обществените осигуровки е на прав път, по отношение на организацията на медицинската помощ. Проблем има само за някои лекари, които са лишени от възможността да работят за Фонда, но той „.... не е създаден за лекарите, а за работниците". Освен това, дейността на Дирекцията е в унисон и с препоръките на Международната

организация на труда, относно подчиняване на системата на избор на лекар с финансовото състояние на осигурителните фондове. [5]

Въпреки реализираните икономии, финансовото положение на Фонда продължава да е критично. Взетите мерки са закъснели, тъй като още през финансовата 1929/1930 г. осигуровката „болест и майчинство" е с отрицателни резултати. Към 1 юли 1924 г. тази осигуровка разполага с капитал от 17 918 486 лв. Това са средства, натрупани от вноски по стария закон от 1918 г. Докато в края на финансовата 1928/1929 г. осигуровката завършва с капитал от 25 305 966 лв., то през следващата 1929/1930 г. тези средства вече са изчерпани и резултатът е в дефицит от 13 409 586 лв.

Причините за тези резултати могат да се търсят, както по посока на приходите, така и по отношение на контрола върху тяхното изразходване. Основната причина се състои в дългогодишното невнасяне на държавния осигурителен дял, както е според трипартитната система. Трипартитният принцип се въвежда със Закона за осигуряване на работниците и служителите в случай на злополука и болест през 1918 г. и е потвърден в Закона за обществените осигуровки от 1924 г. Той предвижда внасяне на осигурителни вноски както от работника и работодателя, така и от държавата. На практика, обаче, всички разходи фактически се поемат само от вноските на осигурените и на работодателите. [8, с. 184 – 188]

Невъзможността да се внася редовно държавния дял налага първоначално недостигът в осигуровката „болест и майчинство" да се покрива от резерви на осигуровката „инвалидност и старост". Това е и основната причина да се вземат мерки за балансиране на финансите на Фонда. Така въпросът за свободният лекарски избор придобива много важно значение. Нещо повече, той се оказва ключов по отношение на намаляване на разходната част на фондовия бюджет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Във връзка със затягане на контрола и върху лекарите и върху осигурените, са и всички опити за реорганизация на системата за оказване на медицинска помощ. Свободният лекарски избор е демократична, достъпна и удобна форма на обслужване, но тя се оказва твърде скъпа и неприложима за българските условия. Тази система много трудно подлежи на контрол от страна на осигурителната администрация, поради което и тя се отказва от нея.

БЕЛЕЖКИ

[1] Държавен вестник.

[2] Даскалов, Р. Българското общество (1878 - 1939), т. 2.

[3] Константинов, Н. Социалното осигуряване в България (1888 – 1951 г.), С., 2001.

[4] Медицинската служба при Фонда „Обществени осигуровки", С., 1927.

[5] Мошанов, С. Избор на лекаря при общественото осигуряване, Възход, № 7, 1935.

[6] Попхристов, Т. Социално законодателство и Фонда „Обществени осигуровки", С., 1932.

[7] Стенографски дневници, 21 ОНС, I РС, 23 януари 1924, С. 1924.

[8] Шаров, Г. Лекарят в закрила на труда и общественото осигуряване, С. 1938.

За контакти:

Докторант Веселка Радева, Катедра Педагогика, психология и история, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.:0899776368, e-mail: vradeva@ru.acad.bg

Докладът е рецензиран.