



Предстоящата здравна реформа

ИДЕ НАДПРЕВАРА ЗА 2,5 МИЛИАРДА ЛЕВА ГОДИШНО

● Частни осигурители и държавната каса ще се конкурират за парите от здравните вноски на българина

Седем години след спирането на реформата в здравеопазването, през които здравната ни система не само започна да се задъхва, но и според някои специалисти вече е на границата на клиничната смърт, на хоризонта се появи нова надежда за връщането ѝ към пълноценен живот. След срещата си в Катарино тройната коалиция обяви предстоящи промени в системата, които да позволят на частни компании да се конкурират с държавната Национална здравноосигурителна ка-

са (НЗОК) за парите от здравните вноски на българите. Според актюерските разчети, при очакваното вдигане на вноската от сегашните 6% на 8 на сто, паричният ресурс, който ще бъде разпределен всяка година, ще е близо 2,5 млрд. лева. За да получат лиценз за задължително здравно осигуряване обаче, дружествата ще трябва да отговорят на много високи изисквания. Освен това заедно с парите от здравните вноски държавата ще им прехвърли и част от своите задължения,

някои от които тя сега, така или иначе, не успява да изпълни.

Точните параметри на предстоящата реформа все още не са ясни. В момента се работи по т. нар. „фина настройка“ на модела, който ще бъде приложен на практика. Затова в „Застраховател прес“ приема темата за изключително важна и ще даде възможност на всички заинтересовани лица и специалисти да изкажат своето мнение по нея и да дадат свои конструктивни предложения.

Антония Първанова, зам.-председател на парламентарната Комисия по здравеопазване

ПУСКАМЕ ЧАСТНИ ДРУЖЕСТВА НА ПАЗАРА НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

● Компаниите ще трябва да отговорят на много високи лицензионни изисквания

- Г-жо Първанова, кога започна и през какви етапи премина обсъждането на предстоящата здравна реформа?

- Всяка от политическите сили в различен формат е провеждала дискусии по тази тема още по времето на предишното Народно събрание. Най-сериозните разработки направихме от януари до май 2005 г. Тогава организирахме 22 обществени дискусии с всички партньори, които имат участие или са заинтересовани от здравните услуги и здравното осигуряване. От началото на новия мандат обсъждаме параметрите на стъпките, които трябва да бъдат предприети, от гледна точка на интереса на пациента - стабилността при предоставяне и качеството на услугите, както и от гледна точка на финансовата стабилност. През февруари 2008 г. предложихме модела с различни негови модификации пред тройната коалиция и тя си избра един от вариантите. Разликата между тях е в начина на включване на конкурентни здравноосигурителни дружества в системата на задължителното здравно осигуряване.

Работната група имаше параметри, по които трябваше да разгърне в детайли новия модел, да го окомплектова с контролни механизми и с всички форми на защита от гледна точка на обществен интерес. С общите параметри приключихме до края на февруари. След това продължихме с, така да се каже, „Дфината настройка“ - начините, по които трябва да се опази финансовият ресурс от нецелесъобразно изразходване, с параметри, свързани с дисциплиниране на нерегламентираните плащания, с гарантиране сигурността на пациента и на възможността най-после и пациентите в България да могат да предявяват искове за обезщетения

въз основа на задължителни стандарти, когато има увреждане на тяхното здраве. Работихме и по реструктуриране на мрежата от лечебни заведения с цел гарантиране на достъп и равнопоставеност на гражданите, и по ангажиментите, които би трябвало да имат осигурителните дружества в задължителното здравно осигуряване. Съществуващо внимание отделихме и на лицензионния режим и контролните механизми и санкциите в системата на задължителното здравно осигуряване, както и на застраховането, които трябва да бъдат съобразени с две европейски директиви.

На срещата в Катарино този модел получи благословията на тройната коалиция, за да бъде окомплектован вече със законодателство и да бъдат проведени обществените дискусии. Очаква се те да дадат възможност всички параметри да бъдат обсъдени в детайли и някои от тях да бъдат доусъвършенствани или дори да се включат нови по предложението на заинтересованите страни.

- Какви са точните параметри на модела, който беше одобрен от Съвета на тройната коалиция?

- Основното е, че се предвижда да се създаде законова възможност за навлизане на частни дружества на пазара на задължителното здравно осигуряване. Тези дружества, при съществуващо завишени условия за лицензиране, ще предоставят услуги на същите принципи като Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Целта е да се създаде конкуренция между здравните осигурители и между доставчиците на медицински услуги. И това да бъде в интерес на гражданите - да се получи така, че в този договорен процес изборът да е водещ. Трябва да се балансира от



името на пациентите - да бъдат закупени услуги, които генерират най-много интерес при пациентите, а не при доставчиците (които предоставят здравната услуга като търговски дружества). Целта е да не се получават изкривявания и да се ограничат нерегламентирани плащания с аргумента, че системата е недофинансирана. При вече поет ангажимент за създаване на такива условия можем да говорим за съществено повишаване на финансовия ресурс. С промените ще може с по-голяма сигурност да се твърди, че той обезпечава плащания по реални здравни нужди.

- В какъв период от време се предвижда да се проведе тази реформа?

- Спрели сме се на много кратки срокове за преминаване през отделните етапи на цялата тази трансформация. Предвиждаме законодателството, което обслужва първата стъпка - отваряне на лицензионната процедура, да влезе в сила в началото на юли

2008 г. Целта е Комисията за финансов надзор (КФН) да започне процедурата по лицензиране, според изискванията на европейската директива. Първата стъпка е доказване и проверка на произхода на уставния и гаранционния капитал до физическо лице. Ако дружеството е създадено само от физически лица - добре. Но ако е собственост на АД-та, които са собственост на ООД-та, на ЕООД-та и т.н., трябва да се изясни произхода на капитала до физическо лице. Освен това имаме конституционен ангажимент към гражданите техният интерес да бъде защитен с много строги критерии за допускане на частните дружества до вършенето на тази дейност. Процедурата за доказване на произхода на средствата ще трае около 3 месеца.

След това идва втората стъпка - получаване на лиценз, който дава възможност за записване на граждани. Тогава дружествата ще могат да започнат кампании, с които да

убедят хората, че ще работят по-добре от конкурентите си. Тези компании, които са набрали достатъчно клиенти и са отговорили на редица допълнителни изисквания, свързани с използваните от тях информационни системи, счетоводни стандарти, свързаност на информационната система със счетоводната и т.н., от 1 януари 2009 г. ще започнат да работят съвместно с НЗОК. Ще има една година преходен период, която е вторият етап на модела.

- В какво се състои съвместната работа на частните здравноосигурителни дружества и НЗОК?

- През първата година всички плащания ще бъдат извършвани заедно от държавната каса и частните дружества в съотношение 70:30 за всяко едно от тях, за всяка дейност, за всеки пациент. Т.е. ако даден пациент е ползвал клинична пътека за 100 лв., НЗОК ще плати 70 лв., а останалите 30 лв. - дружеството, в което е записан пациентът.

Здравноосигурителните вноски ще се събират от НОИ или от НАП. Към момента тези плащания в държавата са 115-120 млн. лв. месечно за всички дейности. От тази сума ще бъдат извадени парите за лекарства. От останалите средства 70% ще бъдат получени от НЗОК, а другите 30 на сто - разпределени между частните дружества, пропорционално на записаните от тях пациенти. Това ще се прави всеки месец.

Дружествата ще имат право на първо признаване на плащанията към доставчиците на здравни услуги. Ако съответното дружество се убеди, че срещу дадената фактура има жив пациент, който наистина е лежал в болницата, то ще разреши плащането. Когато дружеството признае дадено плащане, тогава ще плати и НЗОК. Частните компании са много по-заинтересовани да следят достоверността на фактурите, защото всяко извършено от контрол плащане за тях е истински кешов минус. Затова разчитаме през първата година дружествата да добият опит в работата по задължителния пакет здравни услуги - с всички дейности и доставчици. Да се ориентират кой какъв е, за да може след това да се създаде конкурентна среда и при доставчиците на здравни услуги.

При такава социална система на задължително здравно осигуряване не може да има различни пакети за различни групи граждани, защото така се създава неравнопоставеност. Затова не може да се прави конкуренция по тази линия.

Освен това през преходната година частните дружества ще могат да тестват информационните си системи и да ги паснат с тази на НЗОК. Ако в касата има интереси за източване, те са вътрешни монополни интереси.

(Продължава на стр. 9)