



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

## ПУСКАМЕ ЧАСТНИ ДРУЖЕСТВА НА ПАЗАРА НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

(Продължава от стр. 4)

Докато в частното дружество има много по-голям натиск бързо да се въвеждат информационните системи, които не допускат непрозрачност при обслужването на пациентите и заявяването на плащанията по фактури за дейности. Така че дружествата ще трябва да се подготвят и да инвестират.

**- На какви условия трябва да отговарят частните дружества, за да получат лиценз за задължително здравно осигуряване?**

- За да минат етапа на лицензирането, частните дружества трябва да имат минимум 10 млн. лв. гаранционен капитал, като се обсъжда дали тази сума да не бъде вдигната на 15 млн. лв. Освен това компаниите ще трябва да отговорят на още редица финансови критерии и изисквания. За първата година е предвидено дружествата да имат записани поне 100 000 лица. Но това не е критерий с голяма тежест, защото за 2009 г. не можем да си изберем дружество въз основа на неговата работа. Така че този критерий ще се използва по-скоро заради долната му граница - при минимум 50 000 избрала го лично лица, без корпоративни записвания, дружеството ще участва и в служебното преразпределение. Само през първата година ще има служебно преразпределение - компютър ще разпредели на случаен принцип неизбралите частен здравноосигурител граждани сред дружествата, които са набрали достатъчно клиенти. Записаните най-много лица частни компании ще получат и най-много служебно записани. През първата година за хората няма да има голямо значение в кое дружество са се записали, тъй като пак ще отиват на лекар при необходимост, а след това плащането ще бъде правено в съотношение 70:30 от НЗОК и частния осигурител.

Идеята за тази преходна година е да се получи много по-засилен контрол - дружествата да дишат във врата на касата дали плаща правилно и дали хваща нарушителите. Ние знаем, че в момента касата няма достатъчно капацитет за това, а дори и да хванат нарушители, прокуратурата не реагира, тъй като делото е по-скъпо от глобата и съответно няма такъв интерес. Като тръгнат частните дружества обаче, те може да не разрешат плащане. А ако доставчик на здравни услуги успее да излъже някоя компания, тя ще може да прекрати договора си с него. Предвижда се, ако някой злоупотреби с договора си, този договор да може да бъде временно суспендиран. При втора злоупотреба - за по-продължително време, а третия път - за постоянно. Развалянето на договора с едно дружество ще предизвика разваляне на договорите му с всички дружества. Презумпцията е, че който лъже един, той е лъжец и крадец и съответно няма място на този пазар.

Преходната година се дава още, за да могат дружест-

вата да разгърнат дейността си - да отворят офиси в цялата страна, да изградят информационна система, да се ориентират сред доставчиците на здравни услуги. И да могат през цялата 2009 г. да докажат, че са добри. За 2010 г. вече не се предвижда да има служебно преразпределение, а всеки сам ще избира осигурителя си. Може да има хора, които да си изберат НЗОК, а не някое от частните дружества. От 2010 г. колкото успеят да се справят и излязат на самостоятелния пазар, ще работят в пълна конкуренция помежду си и с НЗОК, върху 100% плащания и 100-процентов пакет. Това означава, че частните компании трябва да са много добри през 2009 г., за да може да ги изберат минимум 500 000 граждани лично, без корпоративни записвания, за да излязат на самостоятелна конкуренция срещу касата. В този период вече гаранционният капитал на частните осигурителни дружества трябва да е 18% от премиения приход в началото на годината, а в края й - налични 23% от предвидените разплащания. Административните разходи на дружествата ще бъдат фиксирани на 3% както при НЗОК.

**- Как се вмяват в този модел сега съществуващите здравноосигурителни дружества?**

- Независимо има или няма реформа, всички лицензирани в момента дружества за доброволно здравно осигуряване трябва да се прелицензират по новите условия. Те са: 4,4 млн. лв. гаранционен капитал в момента на лицензиране, който не може да бъде от кредит, информационна система, която отговаря на определени изисквания, работа с международните счетоводни стандарти и т.н. Освен това всички контролни процедури от страна на КФН ще важат и за тези дружества както за застрахователите.

Ако има реформа, ще бъдат записани допълнителни текстове в закона, които да дават възможност на дружествата, които искат да кандидатстват, да участват в задължителното здравно осигуряване. Тези дружества трябва да отговарят на същите условия, като застрахователните компании и дружествата за доброволно здравно осигуряване, но при много по-тежки условия. Например изискваният капитал ще е не 4,4 млн. лв., а 10 млн. лева (или 15 млн. лв.), ако решим да го повишим). Това ще е нова система, която ще работи по същите принципи като застрахователната и доброволната здравноосигурителна, но изискванията към дружествата по конкретните



параметри ще бъдат много по-високи.

**- Каква е целта?**

- Целта е да има обществена гаранция, че ще се работи наистина сериозно. Че няма да се предизвикат фалити и няма да има пирамиди. Че тези дружества имат опит и наистина могат да вършат такава работа. Че имат административен капацитет да разгърнат 28 областни и 260 общински структури. Че имат толкова хора, че няма да похабят този ресурс.

**- Това означава, че тези дружества на практика ще бъдат много малко.**

- Ами колкото са - толкова. Които са добри, ще работят. Държавата няма ангажимент да обслужва печалбата или бизнес интереса на някой, който е решил, че ще се занимава с това. Държавата има задължение да обслужва интереса на гражданите. Затова всичко, което се е случило на застрахователите и което предстои да се случи на осигурителите със или без реформа, в много по-тежка степен ще се случи на тези, които искат да кандидатстват за задължително здравно осигуряване. Какво точно се предвижда?

Открива се процедурата с тежките изисквания и всички, които желаят, могат да подадат молба за лиценз. Няма значение дали досега имат лиценз или не - започва се отначало. Молби за лиценз за задължително здравно осигуряване могат да подават не само доброволните здравноосигурителни дружества, но и застрахователите, както и други субекти. Всички те ще тръгнат еднакво през лицензионната процедура, независимо дали са работили преди в тази област или не.

**- Има много застрахователни дружества, които предлагат здравни застраховки. Те как се вмяват в новата система?**

- Никак не се вмяват. За

да може да се даде комфорт на финансовата стабилност на системата и на дружествата, които ще трябва да работят при драконовски мерки, държавата ще трябва да се погрижи за няколко неща. Първото е да няма нелоялна конкуренция. Второто е да има еднакви условия за всички, които влизат в тежката конкуренция в задължителното здравно осигуряване. Третото е да не се предизвика компрометиране на дейността. Тези, които работят в системата на задължителното здравно осигуряване, ще имат право да предоставят и допълнителни пакети. Тези, които са лицензирани само като доброволни здравни осигурители или предлагат различни форми на здравни застраховки, няма да имат право да предлагат никакви дейности от основния пакет. В момента това е записано в закона, но не се спазва. Затова занапред се предвиждат много строги мерки, за да не се получава това, което става в момента: Корпоративно записан в доброволен здравен фонд пациент посещава лекар в лечебно заведение собственост на фонда. От това лечебно заведение тръгват две фактури за извършените за него дейности - едната към НЗОК, а другата - към фонда. Така се получават две плащания за един пациент за една и съща работа. Занапред всички пациенти, които са получили медицинска помощ, платена по доброволно здравно осигуряване, ще бъдат съпоставени с пациентите от НЗОК, т.е. с плащанията за тях от там. И ако съвпадат, ще стане лошо за здравноосигурителното дружество, което е злоупотребило, както и за лечебното заведение. Така е във всички страни-членки на ЕС.

Дружествата от задължителното здравно осигуряване ще могат да предлагат и бонуси - кешови или под формата

при зъболекар и общопрактикуващ лекар - за да не се въздържат хората от елементарни прегледи). Другата половина от печалбата ще остава за фонда. Така дружествата ще бъдат стимулирани да не крият част от нетната си печалба.

Освен това компаниите ще бъдат задължени в края на годината да изпращат на всички свои записани лица справка за това какви здравни услуги са им били предоставени - най-общо по дати и вид, както и цените, които са платени за тях. Ако човекът види, че за него са платени услуги, които той не е ползвал, може да информира дружеството си. А то от своя страна да проконтролира тези плащания - защо са били направени, кой ги е поискал и т.н.

Гаранционният фонд ще има задача да извършва плащания от името на дружество, което ги е прекратило, така че гражданите да не усетят каквато и да било разлика.

**- Нов гаранционен фонд ли ще се създаде за тази цел, или ще се ползва създаденият от застрахователите?**

- Това зависи от КФН. По принцип няма значение.

**- Новолицензираните дружества веднага ли ще започнат да правят вноски в Гаранционния фонд?**

- Да, но пак зависи от КФН - какво ще препоръча тя.

Освен гаранционния, ще има и Солидарен фонд. Той ще е виртуална система в НОИ или в НАП - където ще става събирането на здравноосигурителните вноски. Годишните вноски, разделени на броя на осигурените, дава средната годишна вношка на лице, която би трябвало да бъде преведена за здравноосигурителни плащания за това лице. Преводите ще бъдат правени на базата на броя записани лица в дадения фонд.

Законът забранява селекция - фондовете няма да имат право да отказват да запишат някой, който ги е избрал. Ако някое дружество откаже, КФН ще може да отнеме лиценза му. Затова се въвеждат и коефициенти за селекция на риска - за да не се получи така, че много хора от дадена рискована група (например пенсионери) да се запишат в един фонд и да го фалират. С тези коефициенти за старите, бедните и хронично болните пациенти ще се получават повече пари - например средната здравноосигурителна вношка умножена по 1,4. А за младите и здравите хора коефициентът ще е примерно 0,8. Така за тях дружествата ще получават по-малки суми.

**- Независимо, че младият е внасял примерно 3 пъти по-високи здравни осигуровки?**

- Това няма никакво значение. Работи се на солидарен принцип. Това не е застраховка.

(Слегва)



на услуги за следващата година. Така ще се даде възможност на частните компании да станат по-конкурентоспособни на пазара. За да няма неконтролирано въздържане от здравноосигурителни плащания - от гледна точка интереса и нуждите от медицински дейности на хората, печалбата няма да се фиксира. Но половината от получената нетна печалба в края на годината фондът ще бъде задължен да разпредели като бонуси на хората, които през този период не са ползвали медицински услуги (без посещенията