

Григор Димитров, изпълнителен директор на „Ти Би Ай - Здравно осигуряване“

Г-н Димитров, вие имате цялостна представа от социална политика, от пенсионно осигуряване, били сте заместник-министър на здравеопазването... Какво ви привлече към частното здравно осигуряване?

- Един малък екип от хора-съмишленици като Никола Абаджиев, Йордан Христосков, Георги Георгиев и моя милост си свършихме работата в допълнителното пенсионно осигуряване. Започнахме от 1994 г. и след като преминахме през всички кръгове на ада, стигнахме до днес, когато функционира отлично изградена система в тази област. Лично за себе си смятам, че нямам какво повече да дам като идеи в сферата на допълнителното пенсионно осигуряване. Затова независимо че ми е известна цялата



Григор Димитров има две висши образования - висше техническо и висше икономическо и е доктор по икономика. От 1982-1989 г. е зам. министър на Министерството на труда и социалната политика; 1989-1991г. - зам.-министър на Министерството на здравеопазването; 1991-1994 г. - зам.-началник на ВМА. От 1994 г. до 2004 г. работи в ПОК „Съгласие“ като главен изпълнителен директор, а от 2004 г. до 2006 г. е зам. главен изпълнителен директор. От 2006 г. е изпълнителен директор на „Ти Би Ай-Здравно осигуряване“ АД.

насочва в конкретен здравноосигурителен фонд по подобие на допълнителните пенсионни фондове? Това ще гарантира качество на здравеопазването. Като се създаде такъв „втори стълб“ със задължително осигуряване в здравната система, парите ще се концентрират по предназначение. Още повече че пенсионните фондове доказаха, че с парите на хората се грижат по най-добрия начин. Здравните фондове също се интересуват буквално от всеки клиент, докато ръководството на НЗОК - не. Там клиентите представляват една сива маса.

- Има ли надежда това ваше предложение да се „чуе“ от властимащите в този парламент?

- Известна надежда ни вдъхва едно изявление на министъра на финансите Пламен Орешарски, кой-

ЦЯЛАТА ДЕЙНОСТ В СФЕРАТА НА ДОБРОВОЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ „СЕ ДВИЖИ ПО РЪБА“

● Това е така, защото държавните мъже водят политика на абсолютизиране монопола на здравната каса

тежест в областта на допълнителното здравно осигуряване, приех предложението на Румен Янчев да оглави здравноосигурителната компания от месец декември 2006 година. Една от задачите ми е да направя така, че дружеството да стане един от лидерите на здравноосигурителния пазар.

Като се връщам назад във времето обаче, виждам, че през онези години на старта на пенсионната реформа имаше политическа воля за промяна, докато днес в здравното осигуряване липсва. Тогава министърът на труда Иван Нейков и председателят на Комисията по социална политика Светла Дякова бяха двигателите на реформата. В приоритетите на днешния министър на здравеопазването не стоят перспективите за развитие на здравното осигуряване и особено на здравноосигурителните дружества. В онези години също така имаше голям натиск откъм за реформа от страна на Световната банка. Днес липсва външен натиск. По онова време имаше интерес и от обществото да се направи пенсионна реформа. Днес здравноосигурителните фондове нямат естествени съюзници в лицето на лекарското съсловие или на Лекарския съюз. Липсва интерес нещата да излязат „на светло“, няма интерес от редуциране на персонала, зает с администрирането на тази дейност, както и от голямата конкуренция в името на човека.

- Как се справя в тези условия „Ти Би Ай - Здравно осигуряване“?

- „Ти Би Ай - Здравно осигуряване“ АД е част от финансовата група „Булстрад“, където собственик е „Булстрад Живот“. Ние сме част от две групировки - „Виена Иншурънс Груп“ и „Ти Би Ай“. Съвсем скоро ще се наложи да променим името и логото си в „Булстрад Здраве“.

Компанията ни е лицензирана през 2003 г. и има пълен лиценз за всички предлагани пакети от здравноосигурителни услуги. Уставният капитал е 2 млн. лв.

Завършваме първото тримесечие с около 260 000 лв. премиен приход и за първи път компанията реализира печалба. Очакванията ни са аналогични и за второто тримесечие на тази година. Надявам се, че ще успеем да утроим резултата от 2006 година.

През 2007 г. се подготвяме за голяма експанзия на пазара. По принцип здравноосигурителните дружества концентрират дейността си в град София и нямат мрежа в страната. Изключение правят само „Закрила“ ЗОД и „ДЗИ“ ЗОД.

„Ти Би Ай - Здравно осигуряване“

не“ разработи програма за дейността през 2007 г., която предвижда да се създадат 12 офиса в страната. До сега са изградени в София, Плевен, Русе, Варна, Бургас, Стара Загора, Шумен, а до края на годината предстои да открием в Пловдив, Велико Търново и Благоевград. Всичко това е свързано с инвестиции и обучение на специалисти. Целта ни е да преместим ядрото на нашия пазар от София из цялата страна, където той почти не е развит. Очакваме реструктуриране на дейността в здравното осигуряване и това ще наложи да има наши представители във всички точки на страната.

Нашата маркетингова стратегия си поставя приоритетната задача да предложи високо качество на медицинските услуги, както и разнообразие в предлаганите продукти.

- Как е структуриран вашият портфейл от услуги - болнична медицинска помощ, извънболнична помощ и др.?

- Около 15 на сто е профилактика, 65% - извънболнична помощ, около 10%-15% болнична помощ и останалото е възстановяване на разходи, направени от осигурените. Предимството на компанията ни е, че на територията на град София притежава собствен медицински център „Леонардо да Винчи“, който работи много активно и предлага здравни услуги с много високо качество.

- Каква е спецификата на здравните пакети във вашето дружество?

- Специфичното при нас е, че нямаме философията да сключваме осигурителни договори „на всяка цена“, освен това не се стремим на договорености с големи клиенти, защото знаем, че не можем да ги обслужим по най-добрия начин. Може би това е така, защото предлагаме реални цени. Обикновено обществените поръчки за здравно осигуряване на нашия пазар се печелят по критерия „най-ниска премия“, а това е в ущърб на клиентите и ние не приемаме тези условия. Затова сме разработили своя ниша - обслужването на клиенти от софтуерния бизнес. Ние улавяме спецификата на тази категория труд, стареем се да предлагаме качествена услуга, като сключваме договори с медицински центрове и болници, които териториално се намират в близост до фирмите, осигуряваме лекар-консултант, който прави консултации във фирмите веднъж в месеца.

Нашата цел е да обслужваме малки и средни фирми - корпоративни клиенти, които са със състав от 100 до 300 специалисти или дори по-малко и главното това са работодатели, които не просто симули-

рат здравно осигуряване, а се грижат за своите служители.

- Как е ситуиран пазарът, с какви резултати завършиха 2006 г. лицензираните здравноосигурителни фондове?

- В момента на пазара работят 13 здравноосигурителни фонда. По данни на Комисията за финансов надзор обемът на премиения приход за 2006 г. е около 20 млн. лева. Бюджетът на здравеопазването е 2 млрд. лева, което означава, че здравните фондове концентрират едно на сто от тези средства, което представлява всъщност бюджета на една малка провинциална болница. 75 на сто от средствата на фондовете са концентрирани в 7-8 договора за здравно осигуряване - в Козлодуй, БТК, мини „Марица изток“, и остават около 5-6 млн. лв. пазар, който е от спорадични клиенти.

В момента липсва реален пазар. В здравното осигуряване няма пазарни отношения, защото държавата се държи като монополист, високомерно, налага цени на услугите. Услугите, които се предлагат от здравните фондове, не са популярни, не се познават от хората. Сегашните условия за доброволното здравно осигуряване много напомнят ситуацията от 1998-1999 г., когато проходаха частните пенсионни фондове. Тогава банките се държаха високомерно с тях. А сега, когато във фондовете има 2 млрд. лв., същите финансови институции правят всичко възможно да привлечат фондовете за свои клиенти. Според мен и в здравното осигуряване трябва да се повтори моделът на допълнителното пенсионно осигуряване.

- На това ли се дължи твърде ниският процент на здравното осигуряване в БВП?

- Едва когато здравното осигуряване се сложи на такива основи, щото бюджетът на една болница да зависи силно от това, което ще получава от здравните фондове, тогава отношението към този ресурс ще стане сериозно. А и приходите в него ще нараснат. Ще има снижаване на цените на здравните услуги поради увеличената конкуренция, ще се повиши качеството им в самите болници, защото здравните фондове няма да сключват договори с медицински заведения, които не предлагат ниво на обслужване.

- Каква е нормативната уредба, която регулира отношенията във вашия бранш?

- Няма нормативна уредба, която да регулира пазара. В момента здравните фондове са „в разкрячено положение“. Донякъде повтарят дейността на здравната каса и доня-

къде предлагат нещо като собствено ноу-хау. Фондовете нямат добре изяснен статут на дейността си.

- Срещате ли подкрепата на държавните институции?

- Държавата в лицето на Министерството на здравеопазването, както и на другите институции не се интересува от дейността на доброволното здравно осигуряване.

Подобна беше ситуацията, когато проходаха частните пенсионни фондове. Тогава обаче държавата прояви интерес и сериозно отношение и виждате какви са резултатите днес в допълнителното пенсионно осигуряване, където фондовете са най-големият инвеститор на капиталовия пазар.

- Какво трябва да се случи, за да се създадат реални условия за конкуренция между НЗОК и частните фондове? Говореше се за приватизация в здравното осигуряване...

- Какво става в здравеопазването? Държавата декларира, че няма пари за здравеопазване. Но защо не даде свобода на частната инициатива да инвестира в здравеопазването? Да вземем за пример нашата групировка „Булстрад“, в която се вписва и ПОК „Доверие“, която вече има активи над 600 млн. лв. Около 5 на сто от тях съгласно КСО могат да се инвестират в недвижими имоти, т.е. около 30 милиона лева. Ако държавата разреши частната инициатива и има реален пазар на здравни услуги, това се отнася и за другите инвеститори, защо тези пари да не се инвестират в една или няколко болници? Защо в сегашната ситуация обслужваме клиентите в съществуващите болнични заведения, където и условията са некачествени, и опашките са огромни. Всичко това компрометира идеята за частното здравно осигуряване. Здравните фондове не могат да предлагат качествени и разнообразни продукти, защото базата е в окаяно състояние.

Според мен частната инициатива в здравеопазването не трябва да бъде във вида, в който се строят луксозни болници за елита, а да се даде възможност големите финансови групи да излязат на здравния пазар, да финансират средства за здравеопазване, за да са доволни повече хора, да се гарантират на ниво техните интереси.

- С какви закони може да се постигне?

- Всичко това може да се уреди с промяна в Закона за здравното осигуряване, като се дадат изключителни правомощия на здравните фондове. Защо например една част от вноската за здравно осигуряване, която човек си прави, да не се

то е казал, че от следващата година в България ще се въведе „втори стълб“ и в здравната система.

Според мен доброволно здравно осигуряване във вида, в който се предлага у нас, не може дълго да просъществува. Защото е много рисково, носи много изненади, има невероятни „подводни камъни“ и е възможно някой фонд да фалира поради бясната конкуренция за спечелване на клиенти между фондовете на изключително ниски цени. За съжаление има вероятност този деформиран вид да компрометира напълно идеята за здравно осигуряване.

- Смятате ли, че данъчните закони със силно ограничени данъчни преференции за доброволното здравно осигуряване също допринасят за тази нерадостна картина?

- Има едни „вълшебни“ 60 лева данъчно признати разходи общо за животозастраховане, здравно и пенсионно осигуряване. Липсва корпоративна култура и голяма част от работодателите не се възползват от тези преференции. Законодателта дава възможност и на физическите лица, ако си правят здравно или пенсионно осигуряване в рамките на 10 на сто от месечната заплата, 5 % да се признават като разход за здравно осигуряване. Аз разсъждавам така. Ако средната работна заплата е 300 лв., 10 на сто представляват 30 лева. Защо да не се направя така, че 7-8 на сто, или около 15-20 лева, да бъдат задължителни вноски за здравното осигуряване в частен фонд? Защото законодателят не предвижда данъци от тези пари. Разбира се, тези отделени пари не бива да отиват в големия куп на НЗОК, а да бъдат поставени в индивидуални партии на осигурените в здравните фондове. Така, без да се увеличава здравната вноска, а с парите, предвидени от здравните пакети, ще се постигне по-добър ефект за хората.

На пазара ще се появят два вида субекти - НЗОК и частните фондове. И тогава ще има реална конкуренция, която ще доведе до по-добро качество на обслужване, до повече здравни услуги.

- Как трябва да стане приватизацията в здравеопазването?

- Когато една приватизация е без отредени цели и не се прави в името на хората, защо да се прави? Кой ще приватизира болниците, след като няма реален пазар на здравни услуги? Тогава, когато има един свободен пазар от услуги, тогава има смисъл от приватизация на болниците.

(Продължава на стр. 18)