

НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ Е ПЪЛНА С НЕДОМИСЛИЦИ И ВЪТРЕШНИ ПРОТИВОРЕЧИЯ,

смятат от Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване

По повод обсъждането от Министерския съвет на разработваната в продължение на две години Национална здравна стратегия (2007-2013 г.) ръководството на АЛДДЗО огласи пред българските медицини своя декларация, в която настоява „този неудаен документ“ да бъде върнат за основна преработка. Това мнение изрази председателята на АЛДДЗО д-р Мими Виткова (изпълнителен директор на Обединен здравноосигурителен фонд „Доверие“) и представители на 8 от общо 13-те дружества за допълнително здравно осигуряване, които дадоха специална пресконференция по този повод в пресклуба на БТА на 12 юни т. г. Темата на пресконференцията бе „Националната здравна стратегия 2007-2013 и развитието на доброволното здравно осигуряване“.



то здравно осигуряване, както и да се прецизират предложените текстове, категорична бе д-р Виткова.

През февруари 2006 г. от асоциацията организирали кръгла маса, за участие в която поканили ръководството на парламентарната комисия по здравеопазване, министъра на здравеопазването, представители на НЗОК. Там на дебати били поставени както проблемите на здравната система и нейното финансиране. Тогава публично на АЛДДЗО е било обещано, че нейни представители ще вземат участие на експертно ниво при изготвянето на споменатата стратегия. Вместо това били сюрпризирани с първия вариант на документа. След протест от страна на асоциацията те получили уверение, че предложените от тях текстове ще бъдат приети.

Сега с огромна изненада установяваме, че нищо от договорените с експертите на МЗ текстове не е включено в проекта, заявиха от АЛДДЗО. Един от абсурдите е

ция“ ли е, или на контрол и санкции? (Такава противозаконна дейност и сега се развива - лечебни заведения извършват абонаментно здравно осигуряване, като включително го рекламират.)

На какво основание от средства, които са доброволни вноски, се забранява на ДЗО да придобиват „активи, капитали и собственост“? Тези дружества в какви условия ще работят - без помещението, без информационни системи, може би и без лист хартия или химикал, които също са активи... Общото събрание и УС на АЛДДЗО заявяват, че предложените текстове са необмислени, несъгласувани, деструктивни и абсолютно неприемливи. Подобни експерименти ни отдалечават от практиките в ЕС.

АЛДДЗО отново изразява готовност да сътрудничи за прецизиране на текстовете и цялостно изясняване на концепцията за раз-

Пазарът на здравни услуги по линия на доброволното здравно осигуряване (ДЗО) седем години след неговото законово регламентиране не се развива, въпреки наличието на 13 лицензирани дружества за доброволно здравно осигуряване. В европейските страни между 10% и 15% от средствата за финансиране в здравната система постъпват по линия на ДЗО. В България на фона на близо 2 млрд. лева публични разходи за здравеопазване през 2006 г. дружествата са събрали символичната сума от 20 млн. лева, или 1% от публичните разходи за здравеопазване. Според Стефан Сираков, председател на Съвета на директорите на ДОМ „Здраве“, в 13-те здравноосигурителни дружества у нас са осигурени около 100-110 хил. души.

Причините за слабо развитие на здравноосигурителния пазар са много и комплексни. По-съществени от тях са: липса на традиции в областта на ДЗО; ниските доходи на населението не позволяват да се заделят средства за допълнителни здравни услуги; данните облекчения не стимулират работодателите и осигурените да закупуват допълнителни здравни услуги; основният пакет здравни услуги по задължителното здравно осигуряване не е гарантиран от бюджета на НЗОК, което води до дублиране с доброволното здравно осигуряване; нерегламентираните плащания в лечебните заведения се наложило като правило за получаване на здравни услуги и са предпочитани от гражданите пред доброволното здравно осигуряване; незадоволителната организация на медицинско обслужване в обществените лечебни заведения не позволява доброволно осигурените лица да получат желаното качество на здравни услуги; оскъдните средства, които събира доброволното здравно осигуряване в сравнение с обществените разходи за здравеопазване, го превръщат в незначителен източник на финансиране и нежелан партньор за големите болнични лечебни заведения; слабо развитият частен сектор от лечебни заведения, предоставящи ограничен обем здравни услуги най-вече в извънболничната медицинска помощ, не позволява да се развие каквато и да е конкуренция, особено в болничната помощ и в малките населени места; застрахователните компании чрез здравни застраховки и лечебните заведения чрез абонаментни договори на практика извършват здравно осигуряване, с което допълнително ограничават възможностите за развитие на пазара на здравни услуги. (До 2002 г. законът им даваше правото да я предлагат само в пакет, впоследствие това беше променено и вече всички застрахователи на практика могат да извършват и чиста медицинска застраховка.)

ДЗО години наред ние сме свидетели на липсата на политическа воля за развитие на здравноосигурителната система, подчертаха от АЛДДЗО. Участниците в пресконференцията изразиха становището си по проблемите, които стоят пред здравноосигурителната система като цяло и в частност - пред ДЗО. Записаното в проекта на Националната здравна стратегия (НЗС) в частта ѝ за доброволното

здравно осигуряване те определиха като пълен абсурд. Трябва да се изяснят визията и философията за развитие на доброволно-

ПРЕДЛОЖЕНИЯТА НА АЛДДЗО

За правилното структуриране на здравноосигурителната система е необходимо законово да се регламентирант правата и задълженията на участниците в нея.

1. След като НЗОК остава основният източник за финансиране на здравната система, съгласно предложената стратегия пакетът здравни услуги, финансиран от бюджета на НЗОК, трябва да бъде приведен в съответствие с размера на здравноосигурителната вноска.
2. Доброволното здравно осигуряване ще покрива сегмент от здравни услуги в следните области: заплащане за здравни услуги, които са извън основния пакет; доплащане за здравни услуги, частично платени от НЗОК; битови услуги; потребителски такси; по-бърз достъп до лечение; разширяване избора на ИМП.
3. Доброволното здравно осигуряване съгласно ЗЗО е два типа - възстановяване на разходи и абонаментно здравно осигуряване. Това дава възможност на дружествата за ДЗО да работят и на застрахователен принцип. Необходимо е да се направи цялостен преглед на лицензираните застрахователни продукти и да се извади медицинската застраховка от застрахователния портфейл.
4. На дружествата за ДЗО трябва да се даде възможност да лицензират и пакети здравни осигуровки за български граждани, пребиваващи извън страната, както и за чужди граждани, пребиваващи временно в страната, когато пристигат без медицинска осигуровка.
5. Лечебните заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ не трябва да се занимават с управление на финансов риск, тъй като не са лицензирани, както дружествата за ДЗО. Те трябва да образуват цена, да създават организация на обслужване и качество на предоставяните здравни услуги. За да бъдат създадени тези условия, е необходимо да се промени ЗЗО и да отпадне всякаква възможност за абонаментни договори, сключвани от лечебни заведения. (Такива договори сключват и служби по трудова медицина в областта на профилактиката.)
6. Почти липсват данъчни облекчения върху вноските за доброволно здравно осигуряване за физическите лица (едва 10% от доходите заедно със застраховка „Живот“ се освобождават от данък). Предшната редакция на закона освобождаваше от данъци цялата вноска за ДЗО и трябва да се възстанови това положение в Закона за облагане доходите на физическите лица, за да бъдат стимулирани гражданите към ДЗО.
7. Данъчните облекчения за работодатели в размер на 40 лв. месечно необлагаеми суми за всеки работещ (дадени за доброволно пенсионно, доброволно здравно осигуряване, доброволно осигуряване за безработица и застраховка „Живот“) не стимулират работодателите да закупуват допълнителни здравни услуги за своите работници чрез ДЗО поради краткосрочността на осигуровката и липсата на натрупване в индивидуална партида, каквото предлага пенсионното осигуряване и застраховките. Поради това е необходимо за ДЗО сумите, освободени от данъци, да бъдат отделени от общата сума.
8. Внасяне на принципни промени в НРД относно участниците в договарянето, предмета на договора, неговата периодичност и арбитраж и превръщането му в нормативен документ, утвърден от министъра на здравеопазването, относно правилата за работа на участниците в осигурителния процес.
9. Въвеждане на конкуренция между ИМП относно цените, качеството и вида здравни услуги и тръжни механизми за избор на Изпълнители от здравноосигурителните фондове.
10. ИМП регистрират в МЗ пределни цени на здравните услуги.



предвиденото запазване функциите на НЗОК като единен източник на финансиране, след което, по думите на д-р Виткова, твърде оптимистично се внушава как ще се развива ДЗО и как ще се превърне в сериозен гарант за качеството на здравните услуги. В детайли нещата се свеждат до пълни абсурди, тъй като не сме наясно въобще как ще се развива т. нар. ДЗО, изтъкна д-р Виткова. Според д-р Сираков с този вариант на стратегията записаните очаквани резултати като качество на услугата и равнопоставеност се превръщат в химера. **В предложението липсва концепция за развитие на ДЗО. Той е ярко доказателство за липса на компетентност по проблема от страна на неговите автори, бяха категорични участниците в пресконференцията.** Те зададоха към вносителите на проекта следните въпроси: На какъв принцип ще се развива ДЗО в България? Коя „добра европейска практика“ предлага в съвкупност изключващите се взаимно солидарен, капиталов и застрахователен принцип, както се предлага в стратегията? Как на практика ще се реализира предложението за разширяване на данъчните облекчения върху вноските за ДЗО за физическите и юридическите лица чрез диференциране на осигурителните рискове при ползването им? **Означава ли това, че за всяко физическо и юридическо лице ще има отделни данъчни облекчения, които трябва да бъдат определяни едва след като е консулирана медицинската помощ, за да може да бъде определен рискът при нейното консумиране?** Борбата с нерегламентираната здравноосигурителна дейност (НРД) въпрос на „превен-

вие на доброволното здравно осигуряване.

Ако НЗС бъде приета в този си вид от Министерския съвет и впоследствие от Народното събрание, АЛДДЗО ще сезира всички правораздавателни органи в Република България и Европейския съюз.

От асоциацията все пак се надяват да не се стига дотам.

В „Застраховател прес“ научи, че на 12 юни 2007 г. след проведените Национален съвет и Национална конференция на Българския лекарски съюз председателят на БЛС и заместник-председател на Висшия медицински съвет отправя молба за свикване на ВМС във връзка с обсъждането на Националната здравна стратегия. БЛС отправя молба към министъра на здравеопазването да свика в кратък срок редовно заседание на ВМС за разглеждане на проекта за Национална здравна стратегия. Последното се налага поради големия обществен интерес и необходимост от нейното приемане.

Необходимостта от Национална здравна стратегия бе анализирана и обсъдена от Националния съвет на БЛС на негово заседание през месец май 2007 г., както и от Националната конференция на БЛС, проведена на 10-11 май 2007 г. в Плевен, и стана част от Резолюцията на Националната конференция на БЛС.

Управителният и Националният съвет на БЛС взеха решение за разглеждане на стратегията от ВМС, който по закон следва да очертае приоритетите на същата, преди внасянето ѝ за одобрение в Министерски съвет.