

Предстоящата здравна реформа

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**



(Продължава от бр. 10/2008 г.)

Тогава как ще се гарантира равнопоставеността на гражданите?

За тази цел предвиждаме да прехвърлим върху частните дружества ангажимента на държавата за предоставянето на навременни и достъпни услуги. Това ще бъде неразривна част от лиценза. Ако осигурител не гарантира навременни и достъпни услуги, КФН може да му наложи санкции. В момента държавата нито изпълнява, нито контролира този свой ангажимент. Ако тя трябва да е осигурила навсякъде лесен достъп до общопрактикуващ лекар, до поликлиника и т.н., не би трябвало да има 350 незаети джипи практики.

Ще отпадне обаче задължителното ключване на договор с всички акредитирани лечебни заведения. Дружествата ще могат да избират с кого да сключат договор, за да гарантират навременни и достъпни услуги. Ако искат, могат да возят пациентите с хеликоптер, с кола или с бронетранспортьор. А могат и да сключат на територията на София договори само с 500 джипита, а на останалите да кажат, че им трябва в други населени места. Важното е на всички осигурени да се гарантират достъпни здравни услуги.

А какво ще стане, ако дружествата просто не изпратят свои емисари в малките населени места и не запишат хора там?

Частните осигурители няма да могат да отказват записване на граждани. Ако все пак на доста голяма територия нямат нито един записан, могат да не сключват договор с доставчици на медицински услуги там. Въпреки че тези договори няма да са обвързващи - дори и да имат договор с дадено лечебно заведение, дружествата няма да са задължени да си изпратят пациента там. Ако аз съм пациент, осигурителят ми може да ме изпрати в общинска болница, където има 4 клинични пътеки, никога не са лежали повече от 7 пациенти и има 20-30 човека персонал. Но може да ме заведе и до областната болница, където има и университетска. Ако мога да избирам, трябва да съм много луда, за да предпочета малката болница, освен ако заболяването ми не е елементарно и предпочитам да съм близо до роднините си. Но ако е сериозно, естествено, че ще предпочета фондът да ме зака-

ра до областната болница. Ако дружеството трябва веднъж да плати за мен в общинската болница, но тя не даде качество, след това пак да плати, за да ме дооправят в областната болница, но вече с усложнения, а след това с още по-големи усложнения - в университетската, ще му излезе много по-евтино да ме натовари на един луксозен „Мерцедес“ и да ме закара направо в университетската болница.

Може ли да се каже, че частните осигурителни дружества ще трябва да разполагат с голям човешки ресурс навсякъде в страната?

Не, те ще трябва да направят оптималната за всяко едно от тях структура. Но е естествено, че няма да минат без разгърнат национална мрежа. Също като при банките - ако една банка си мисли, че много добре обслужва клиентите си, а има два офиса в страната, нейната конкурентоспособност е под въпрос. В интерес на частните осигурителни дружества ще бъде да изградят своя мрежа в цялата страна, за да ги изберат хората и за следващата година. Ако моят агент дойде веднага, когато му се обадя, интересува се от мен, предложи да ме закара в университетска болница. Ако там ми поискат пари и той уреди всичко. Ако лечението ми мине успешно и после агентът ме върне до къщи с кола, естествено, че ще избира този фонд и за следващата година. Но ако търся дружеството, но в офиса няма никой, следващата година ще го сменя.

При заболяване хората към осигурителя си ли ще трябва да се обръщат?

Не е задължително. Те могат да се обърнат и към лечебното заведение. Но дружеството има интерес да им предоставя качествена услуга, за да го изберат за следващата година. Защото хората ще имат право да си сменят фонда всяка година. Така че осигурителите, които искат да останат на пазара и да обертат повече клиенти, ще търсят записаните към тях хора, ще им раздават брошури, ще им правят промоции, ще има осигурят лесен за запомняне и евтин телефон за връзка. Ако някой се свърже по този телефон с агент на фонда, ще може да бъде консултиран къде е най-добре да бъде хоспитализиран. В момента как правим избора си? Или по препоръка на съседката, или къде е най-близо, или докторът



ни казва. Занапред предвиждаме да има по-голяма информираност.

А при спешните случаи?

Спешната медицинска помощ ще остане ангажимент на държавата.

Сега 30 000 души в България плащат по около 57 лева годишно за здравно осигуряване, т.е. по 4,74 лв. на месец. Ако мислят, че им се полага много за 4,75 лв. на месец, се лъжат. Има и голяма група самоосигуряващи се, в това число и еднолични търговци, архитекти, адвокати, нотариуси, които плащат по 188 лева годишно. Не мисля, че тези хора са толкова бедни, че се осигуряват на минималния осигурителен доход. Ако Националната агенция за приходите (НАП) събира и данъците и здравните осигуровки, изглежда много странно да работи с две некомуникационни системи. И понеже всички знаят, че ако не си плащат данъците, не могат да си осветлят доходи и ако ги хванат, става страшно, данъчните декларации на тези групи лица са за много високи доходи от това, на което се осигуряват. Излиза, че ако се лъже много малко и се крият неголеми доходи по отнoшение на плащането на данъци, се лъже много по системата, която трябва да отчита здравните осигуровки. Затова по мое предложение ще сравним данъчните декларации на тези групи лица с това, което са заявили като доходи. И понеже всички знаем, че ще се получи голямо разминаване, най-вероятно ще ги разделим на две

или три групи по размер на дохода. Така разпределени в групи, тези лица ще бъдат задължени да плащат здравни осигуровки примерно върху две средни работни заплати вместо върху един минимален осигурителен доход. Това ще бъде записано в закона - в момента в Закона за НЗОК, а през 2009 г. - в бюджета на задължителното здравно осигуряване. Разбира се, ще има и таван от 2000 лв. месечно, за които се плащат осигуровки.

На колко се оценява паричният ресурс, който ще бъде разпределен?

На почти два милиарда и половина лева годишно. В момента е към милиард и 600 милиона с държавната субсидия от 200 млн. лв. При повишаването на здравната вноска от 6 на 8 на сто, максимумът, който може да се достигне според актюерските разчети, е близо два милиарда и половина.

Как ще се процедурира, когато дадено плащане е спорно?

Когато има спорове за плащания - например ако пациентът твърди, че е карал ски, а има фактура, че по същото време е лежал в реанимация, ще се произнася арбитражна комисия. Практиката показва, че само 3% от споровете отиват в съда. Останалите се решават извънсъдебно. В тежките случаи, когато например има фактура за мъж, който е родил, няма да има нужда дори и арбитражната комисия да се произнася. Тогава ще се пристъпва веднага към разваляне на договора с лечебното заве-

дение, което е издало тази фактура, като ще бъдат сезирани арбитражната комисия и КФН. Сезирането е необходимо, тъй като прекъсването на договора на лечебното заведение с едно дружество води до автоматично прекъсване на договорите му с всички осигурителни дружества.

Към коя институция ще бъде създадена новата арбитражна комисия?

Може да бъде и към надзора. Все още не е решено окончателно.

Когато има нарушение на медицинските стандарти и на здравето на пациента (това може да го установи осигурителят, пациентът или арбитражната комисия), тогава случаят ще преминава към новосъздаден медицински инспекторат. Тази институция ще се отчита директно на парламента, за да няма натиск върху нея - като Сметната палата, КФН, омбудсмана и др. Този инспекторат ще работи със задължителни национални здравни стандарти. Това ще рече, че вече ще е ясно кое как се прави и всички ще бъдат задължени да го правят така. Например, ако лечението на инфаркт на миокарда трябва да премине през 5 стъпки, никой не може да скача от първа на пета. Ако обаче бъде пропусната дадена стъпка и това доведе до увреждане здравето на пациента, медицинският инспекторат може да реши временно, за по-дълъг период или завинаги да прекрати правото на лицето, което е допуснало нарушение на тези стандарти, да практикува медицина. Предвижда се бъдещият медицински инспекторат да е независим. В момента като етична комисия в рамките на съсловна организация тази институция не работи. Не може да се очаква, че съсловната организация, която е създадена да защитава интересите на работещите в системата, ще защитава и интересите на пациентите, когато двете страни спорят за увреждане.

Предвиждаме също така всяка година да има договаряне. Но Медицинският съвет вече ще прави не Национален рамков договор, а Национално рамково споразумение. То няма да има характер на административен акт, който някой може да си помисли да сваля в съда и после всички да се чудят какво да правят, както е сега. Споразумението ще има за цел да произведе основен пакет медицински дейности, който всяка

година ще се обявява от министъра на здравеопазването и ще е задължителен за всички играчи на задължителния пазар.

Освен това споразумението ще има за цел да договори и допълнителния пакет медицински дейности, който също ще се обявява от министъра на здравеопазването и ще е задължителен за всички от задължителното и от доброволното осигуряване.

Тъй като пазарът е регулиран, в споразумението ще трябва да бъдат записани и пределните цени на услугите. Както при лекарствата, всички играчи на пазара ще могат да се конкурират, намалявайки цените. Тези пределни цени ще бъдат разумни, а не ниски. Целта е да няма големи разминавания и някой да се опитва да предлага като допълнителен пакет услуги, които допълват плащания в основния пакет. В закона са забранени доплащания, доброволни осигуровки и застраховки за дейности от основния пакет. Никой не може да твърди, че една дейност донякъде ще може да се свърши по основния пакет, а след това на човека да му се наложи да си доплати, за да се довърши. Защото това ще се изроди в система за изнудване и за нерегламентирани плащания.

Забранява се и да се извършват доплащания и да се сключват доброволни осигуровки за избор на екип. Практиката показва, че в момента в клинична пътека с реално осигуряване, струваща 1300 лева, със 700 лв. цена на труда, цената на избора на професор е 2500 лева. Очевидно е, че в това няма никаква справедливост. Който иска да работи така, ще работи в частното застраховане или само в доброволното здравно осигуряване. И там може да твърди, че неговите умения струват три пъти повече от труда на всички в цялата клинична пътека.

Освен това не се допускат в клиничните пакети да се включват животоспасяващи и животноподдържащи лекарства, за да няма селекция по тежест.

Националното рамково споразумение ще бъде договаряно от осигурителните дружества, НЗОК, съсловните и пациентските организации, и доставчиците на медицински услуги. Те ще трябва да се съберат заедно и да преговарят по отделните параметри на споразумението. (Продължава на стр. 10)