

Ст. н. с. II ст. г-р Димитър Шишков, специално за в. „Застраховател прес“

НЯКОИ СЪОБРАЖЕНИЯ ПО НОВИЯ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН МОДЕЛ

Специалистите са установили, че създаването на сложни организационни системи минава през няколко етапа: бъркотия, неразбория, търсене на виновните, наказване на невинните и награждаване на невзлетите участии. Когато в правенето се набъркат и политиките, всеки нов властови мандат започва с търсене на виновните (задължителния вот на недоверие - вж. снимката). Последван от добри намерения и нова неразбория, която трае до изтичане на неговото време. По всичко личи, че в момента сме зациклили отново на този етап.

Доказва го по впечатляващ начин **проектът Катарина**, разказан на журналистите, та белким получи тяхната подкрепа. Професията на които ги учи на поурегеност, аналитичност, системност и логика - каквито не открива в представянето. Напомнящо случайно изсипана дамска чанта.

До обявяването му по нищо не личеше, че старателно се подготвя. Къде е анализът на неблагоприятната ситуация и на проблемите в здравеопазването, на причините, довели до тях? Къде са съвременните тенденции, сведенията и съпоставките на достоен и недостоен за подражание чужд опит? Преценена ли е нашата здравно-медицинска и инфраструктурна кондиция, социално-икономическа и социално-психологическа специфика? Как тогава медиите да го приемат и да накарат хората да му повярват, че става дума за нещо изпипано и гарантиращо успех?

При такава фрагментарност и неяснота на проекта явно са възможни само догадки и отдели съображения по него.

ПО ФИНАНСИРАНЕТО

Неотменно изискване към подобни проекти е да завършват с раздел ЕФЕКТИВНОСТ, в т. ч. икономическа. За такава не се говори никъде. Намеренията за повече пари за здравеопазване, вкл. за по-силно участие на държавата, са във вярна посока (по света започнаха вече да харчат за здраве повече отколкото за храна). Нашият проблем обаче остава все същия: как малкото пари да бъдат събрани, разпределени и похарчени с полза.

Увеличение на здравната вноска с 2%. Когато полският Сейм се канеше да вдигне здравната вноска само с 0.5%, Лешек Балцеревич запита: Защо да даваме пари на система, която не функционира? В същия дух сега се питаме и ние.

Двата процента в повече щели да задействат частните здравни фондове. Това са пари от данък. Като търговски субекти фондовете могат да си ги изкарат сами. Но ако имат условия и не им слагат непрекъснато какви ли не бариери. Някой обаче може да иска тези пари наготово? За да потвърди думите на турски бизнесмен, дръзнал да инвестира у нас, който бе казал, че българите обичат не да изработват парите, а да ги получават.

Нямало увеличение на дъното натоварване, защото нараствал дялът на държавата. Но участието на държавата е нейно конституционно задължение! Тогава нужен ли е изобилно здравен псевдоданък при явна възможност за общ осигурителен данък + редовно дофинансиране на здравеопазването от страна на държавата? И няма ли тогава да стане по-просто и по-евтино?

ПО ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИЯ МОДЕЛ

Намеренията по финанси-

рането в проекта са свързани с предлагания здравноосигурителен модел. Но доколко този модел е икономичен, продуктивен и действащ в нашите условия?

Кройката на модела изглежда



да причудлива и уникална не само за страните със сродна на нашата историческа съдба от Централна и Източна Европа, но и за целия ЕС. Само по себе си това шокира и буди тревога и опасения.

Според начина на финансиране здравноосигурителните модели най-общо биват персонално финансирани и солидарни: захранвани чрез здравни вноски или бюджетно финансирани. Най-скъпи са моделите, основани на личната отговорност на осигурените, най-евтини - моделите с бюджетно финансиране. У нас е предпочетено задължително здравно осигуряване чрез здравни вноски. Възниква питането: защо в най-бедната в ЕС страна е избран по-скъпият от бюджетния модел? И защо след като на други, по-богати страни върши работа, ние се отказваме от ползи, които бихме получили? Като единен данък за социално осигуряване; по-просто администриране от публичен фонд към здравна каса или НОИ; възстановяване смисъла и естествените правомощия на здравното ведомство за развитието на системата.

ПО ФОНДОВЕТЕ (КАСИТЕ)

Публично или свободно здравно осигуряване? Аргументите в полза на първото - солидарното, в нашите условия са повече от убедителни. Касите (фондовете) обаче могат да бъдат публични, и частни. Работа има и за едните, и за другите. Говори се, че наличието на няколко фонда създавало условия за конкуренция (по цени и качество на услугите). И че по-малките фондове

били по-лесно управлявани - неточно в информационния век, в чиято опашка нашето здравеопазване продължава да върви. А първото е съмнително при неравнопоставени фондове (както е в случая). Парцелирането носи и загуби: повече бюрокрация и по-скъпо администриране; по-трудно усвояване на европейски фондове и чуждестранни помощи; цените на лекарствата и апаратурите, които ангажират огромни средства, договорени от голям клиент (здравното ведомство), като правило ще бъдат по-ниски.

Предвижда се задължителното здравно осигуряване у нас да се реализира от публични (non profit) и частни (комерсиални) здравни фондове, които щели да гарантират задължителния пакет от здравни услуги като прилагат принципите на НЗОК. Никому нямало да отказват здравно осигуряване. Ако пожелаля, клиентите можели да си ги сменят всяка година - твърдение, показващо неразбиране на здравноосигурителното обвързване: напусналите се самолишават от стабилност, губят спестявания и бонуси. Има и друго, още по-важно. Публичният фонд (НЗОК например) работи без печалба. За администриране и маркетинг дава под 3 % от приходите си. Докато частните фондове са акционерни, а

не благотворителни дружества и освен за здраве на клиентите трябва да се погрижат и за дивиденди на своите акционери. Като пазарни субекти ще отделият за администриране и маркетинг повече от разрешените им (?) от проекта 3 %. В САЩ подобните на тях гонят 25%-30 %. При нас обаче щяло да има много строг контрол. И в САЩ го имат паралелно с правосъдие, каквото не сме сънували. Но разходите за медицина главоломно растат, бемилостният пазар принуждава частните осигурители да вдигат вноските, да бягат от неизгодни клиенти и да ограничават възрастта им дори с цената на солени глоби.

В резюме: както заместващото, така и добавеното здравно осигуряване от комерсиални фондове винаги ще бъде по-скъпо. За да спечелят клиента и го задържат, е нужно да му предлагат допълнителни услуги и екстри, липсващи на публичното. Срещу които клиентът е редно да се бръкне. Ще го направи, ако има полза. Всъщност такава е откровеното обществено очакване от частните осигурители: да вкарат в системата допълнителни пари

БЕЗСИЛИЕТО РАЖДА НАСИЛИЕ

При сегашната ситуация българският пациент, който едва свързва или изобщо не свързва двата края, ще си помисли дали да се запише в комерсиален фонд за публично осигуряване. Но искат да го вкарат насилно в нарушение на исконните му права. Само най-богатите бързо ще се ориентират кой от фондовете им осигурява

по-благоприятни условия (яко рискувал и направил големи инвестиции) и търсения социален престиж, а публичната здравна система ще загуби най-платежоспособните си клиенти. След формирането на подобен елитен клуб ще остане само една крачка до създаване на здравно осигуряване за олигарси от рода на предвиденото от Роман Абрамович в Крилатское край Москва - медицински услуги и лечение в аналог на швейцарска болница при годишен абонамент от 1.2 млн. рубли. Сметката му излизала, дори при 150 абонати. Можем само да им завиждаме, защото нашите, даже в по-добри времена, наброяваха едва 13.

ПО КОМЕРСИАЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Неразборията покрай погловното включване на частните фондове в задължителното здравно осигуряване, утежняването на условията за тяхното регистриране и лицензиране в абсурдно къси срокове подхранва множество догадки за несигурното им бъдеще и може да разколебае и най-оптимистично настроените сред тях, чието лоби досега беше работило добре. Защо е нужно те да бъдат правени придатък на публичната система,

□ Дефиниране на доплащани и изцяло заплащани здравни услуги и лекарствени средства, които могат да се предлагат от частни комерсиални здравни фондове и застрахователи, както и от една конкурентна non profit обществена застрахователна агенция.

□ Изпреварващо създаване на (non profit) агенция с цел да трасира пътя на частните здравноосигурители и да дисциплинира тяхното поведение на здравния пазар.

□ Право на многопрофилните болници и частните здравни фондове (поотделно или заедно) да сключват здравни абонаменти, предлагат обслужване с висок стандарт и медицински услуги и лечители по избор на пациента.

□ Право на частните здравни фондове и застрахователи да създават собствени медицински мрежи, включващи свои и привлечени по договор здравни заведения.

каквото трудно могат да бъдат? Залъгват ги с печалба (щели да получат половината), докато НЗОК не може да стигне до излишък дори на десетата година от създаването си. Очевидно е, че повечето от наличните дружества няма да могат да се включат, а успешите пазарът ще съсипе скоропостижно (в Германия, където има неравномерно повече хора с високи доходи, само около 10 % от тях членуват в частните болнични каси). Но от тяхната беда ще загубим всички, защото за комерсиални фондове има наистина поле за дейност, от която нашето здравеопазване се нуждае. А законът нека да предвиди по принцип и такава възможност: придобилите потребната кондиция да получат (както му дойде времето) право да конкурират публичното здравно осигуряване.

ГЛАВНИЯТ ПОСТУЛАТ НА РЕФОРМАТА

Медицината скъпее. Причините са не само в застаряването на населението и повишеното търсене на медицинска помощ, но и в технологичния прогрес, който е неудържим. Става непосилна за осигуряване от публични здравни фондове дори в най-богати страни. Изходът е **доплащане или пълно поемане на цената** на част от медицинските услуги и



от лекарствата **от пациентите** (социалното подпомагане). Но максимално минимизирано, строго диференцирано и обособено от всякъде. При мониторинг и непрекъснато актуализиране на правилата. Пациентите могат, ако пожелаят, сами да доплащат (като при зъболечението), но по-добра работа ще им върши застрахователното осигуряване.

Ако се осмисли и възприеме този СВЕТОВЕН ПОСТУЛАТ, моделът у нас може да бъде развит примерно така:

1. НЗОК (а при при бюджетно финансиране здравен пул в НОИ), осъществяваща задължителното здравно осигуряване.

2. Определяне гарантиран пакет от медицински услуги и лекарствени средства, осигуряване изцяло и частично от НЗОК.

3. Създаване на действаща: управляема и саморегулираща се пазарна среда за комерсиално здравно осигуряване:

ИМАЛО ОЩЕ „СТРАШНО МНОГО ДЕТАЙЛИ“

Потребността от промени явно не се изчерпва с казаното. И става дума не само за детайли, но и за по-големи неща.

Твърдението в проекта, че пациентът бил на първо място, предизвиква иронични усмивки. Изложените намерения и съображения малко го вълнуват. Каква полза има, ако плаща повече, а сериозните проблеми и митове на т. нар. неотложна, първична, специализирана и болнична помощ, рехабилитация и лекарствена политика останат същите? Ако най-елементарни медицински грижи и зъболечение са недостъпни не за десетки, а за стотици хиляди граждани? Ако се пренебрегват доказано продуктивни принципи и модели на здравеопазване? Какви хубавини пък да очакват медиците? Подобрили условия за труд, по-високи възнаграждения, спокойствие и професионален шанс или неспирни трусове и морални деформации, предизвикани от новата реформа? Нека да си отговорим честно: Ще стане ли нацията ни по-здрава? Защото 10 години след първата здравна реформа пак сме не само най-болнавият и най-бедният, но и най-много стопилият се (с 10%) народ в цяла Европа.