

ДОБРОВОЛНИТЕ ЗДРАВНИ ФОНДОВЕ БУКСУВАТ

● **Здравноосигурителни фондове искат да извадят „на светло“ милиард лева от „черните каси за здраве“ и да го вкарат чрез вноски в системата**

Само четири дни като пациент в Многопрофилната болница за активно лечение и спешна медицина „Пирогов“ са достатъчни на човек да разбере, че българското здравеопазване е в криза. Истината е, че колкото и малко пари да се отделят за здраве, според властимащите те са достатъчно. В България има близо 360 болници при около 8 милиона души население. Финансирането им идва от две места на бюджета (държавен или общински) и Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Промените в болниците текат от години, а ефект няма. Допълнителното им финансиране от здравната каса започна официално през юли 2001 година. Ефективност обаче още не е постигната. Дълговете продължават да се трупат, пари на ръка също се искат. Според неофициални калкулации нерегламентираните плащания в здравната сфера - подкупите, речено по-кратко - надхвърлят 1 милиард лева. Повечето българи, неспособни да проумеят функциите на НЗОК, напълно забравят за втория „стълб“, на който уж трябваше да се крепи здравната реформа у нас. А именно - частните фондове за доброволно здравно осигуряване. Днес, пет години след издаването на първия лиценз, у нас вече действат цяла дузина такива фондове, уви, единствено броят им е впечатляващ. Доброволното здравно осигуряване, макар и законово регламентирано още през 1998 г., до днес не се развива като съвременен пазар на здравни услуги. Общите му приходи за 2004 година са около 11 млн. лева, а очакваните приходи на всички 12 лицензирани Дружества за доброволно здравно осигуряване (ДДЗО) за 2005 г. по данни на КФН ще са около 20 млн. лева (при близо 2 млрд. бюджет на здравеопазването). На практика това представлява бюджетът на голяма болница и е крайно недостатъчно. От доброволните здравноосигурителни фондове отдавна си блъскат главите как да извадят „на светло“ поне част от онзи милиард подкупи и да го вкарат чрез вноски в системата.



На този фон почти афористично прозвуча призивът на здравния министър Радослав Гайдарски: „Трябва да си помогнем сами, за да ни помогне и Евросъюзът“, на организираната от Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване, в която членуват две трети от всички фондове, в последния ден на февруари в Гранд хотел „България“ в София кръгла маса на тема „Проблеми и перспективи за развитие на доброволното здравно осигуряване“.

Причините за слабото развитие на доброволното здравно осигуряване са много и комплексни. Подробното им публично анализиране и дискусията за бъдещето на ДДЗО, както и дългият и мъчителен път на здравната реформа у нас бяха предмет на срещата.

В дискусиата участва здравният министър проф. Радослав Гайдарски, д-р Мими Виткова, председател на АЛ-ДДЗО, доц. Борислав Китов, председател на Парламентарната комисия по здравеопазване, представители на НОИ, НЗОК, Министерство на финансите, КФН, Български лекарски съюз, шефове на здравноосигурителните дружества, журналисти.

Сред най-активните участници по повдигнатите теми бяха д-р Илко Семерджиев, председател на СД на ДОМ-Здраве, проф. Цекомир Воденичаров, изпълнителен директор на Здравноосигурителен фонд „Медико - 21“, проф. д-р Милан Петров, изпълнителен директор на ЗОК Надежда, д-р Дилян Петров, главен изпълнителен директор на БЗОК „Закрила“ и Александър Манолов, изпълнителен директор на „Ти Би Ай“.

„Ще назнача работна група на експертно равнище, която да обсъди проблемите на доброволното здравно осигуряване и да излезе с конкретни предложения за законодателни промени - заяви проф. Радослав Гайдарски.

„Готови сме сбито и в писмен вид да предложим нашите решения за законодателни промени“ - отговори му д-р Мими Виткова, председател на асоциацията.

СЪСТОЯНИЕТО В МОМЕНТА

Доброволното здравно осигуряване продължава да вегетира. Слабото му развитие не е поради недостатъчния брой дружества, а поради липсата на реален пазар на здравни услуги. През 2006 г. ще бъде консумиран половината от натрупания резерв на НЗОК, без да се променя размерът на здравноосигурителната вноска. Доброволните фондове обаче нямат никакво

време, защото след година, когато България стане пълноправен член на Евросъюза, европейските здравноосигурителни компании ще навлязат свободно у нас и спокойно могат да ги изтласкат от пазара. Повечето мениджъри в тях отлично съзнават тази опасност и затова настояват за решителни промени - включително и законодателни. Така че ресурсът от политическо време за



вземане на решение за гарантиране на финансовата стабилност в здравната система е само една година.

Основните фактори за ограничаване на доброволното здравно осигуряване у нас са, че, от една страна, липсва традиция в тази област, а от друга, икономическото положение на средния българин не му позволява да мисли за такива „екстри“. Дори заможните българи избягват да участват в доброволното здравно осигуряване, защото то в никакъв случай не им осигурява по-добро, бързо и ефективно медицинско обслужване. Днес доброволните здравноосигурителни фондове са специализирани да извършват на практика заместващо здравно осигуряване в областта на профилактиката и извънболничната помощ, допълнително здравно осигуряване в болничната помощ и допълващо в областта на реимбурсирането на лекарствата. Лошото е, че то по-скоро е дублиращо, защото осигуреното лице заплаща два пъти за едни и същи услуги. Допълнителното осигуряване относно болничната помощ е допълнително като заплащане от страна на фондовете към болницата. При това пациентите - доброволно осигурени, не получават повече и по-качествени услуги с изключение на малко преференции при реимбурсирането на лекарствата. Когато става въпрос пък за допълнителна помощ, единственото видимо предимство за допълнително осигурените е прекият достъп до специалист (без направление от личния лекар).

КАКВИ СА ВЪЗМОЖНИТЕ ИЗХОДИ ОТ КРИЗАТА

Д-р Мими ВИТКОВА,
бивш здравен министър,
а сега изпълнителен директор на фонд „Доверие“
и председател на Асоциацията
на лицензираните дружества

обясни, че основният пакет медицински дейности е един, не се заплаща напълно от НЗОК (въпреки претенциите ѝ за това) и затова често се получава припокриване в дейността на двата осигурителни източника. Това допълнително обезсмисля плащането на доброволни здравни вноски. Според д-р Виткова вече е трудно да се вземе политическо решение за намаляване на утвърдения основен пакет дейности на касата. Възможно е обаче той поне да бъде остойностен и да се знае колко струва всяка дейност. Тогава хората ще знаят колко точно от здравните им нужди ще покрива НЗОК и колко им се налага да осигурят с друг източник.

Доц. Борислав КИТОВ,
председател на

Парламентарната комисия по здравеопазване

изрази мнение, че е необходимо да има законово регламентирано разграничение между основния и допълнителния пакет за здраве. По този начин здравноосигурителните фондове ще могат да изкарат на светло част от единия милиард лева нерегламентирани плащания, които потъват в т. нар. „черна каса за здраве“. Правилният път на здравната реформа е да се потърси възможност за допълнително акумулиране на средства чрез регламентирано допълнително заплащане. Това допълнително заплащане, ако бъде освобождавано от данък срещу представяне на документ, ще накара до голяма степен хората да контролират системата, подчерта той. А приватизацията в здравеопазването трябва да се „отпуши“ и да бъде съчетана с преференции както за лекарите, работещи в лечебните заведения, така и за дружества, които се занимават с доброволно здравно осигуряване.

Проф. Цекомир ВОДЕНИЧАРОВ,
декан на Факултета по обществено здраве
към Медицински университет - София, и изпълнителен
директор на Здравноосигурителен фонд „Медико - 21“

вижда два варианта за развитие на доброволното осигуряване у нас. Ако се въведе втори стълб на здравното осигуряване, първият стълб ще бъде НЗОК с 6-те процента задължителна вноска за реално остойностен основен пакет от медицински услуги. Вторият ще бъде задължителното допълнително осигуряване с 3% вноска, срещу които ще се гарантира разширен пакет здравни дейности, т.е. нишата на доброволните здравноосигурителни фондове. Хората с по-високи доходи пък ще могат да ползват третия стълб - допълнителното доброволно здравно осигуряване, или т. нар. VIP - обслужване. Най-удачно е първо да се въведе първият вариант на доброволно здравно осигуряване, а след като пазарът се развие - вторият вариант.

Според д-р Илко СЕМЕРДЖИЕВ,
председател на СД на ДОМ-Здраве

обаче, ако искаме да развиваме здравноосигурителен модел в България, трябва да направим две елементарни стъпки - първо, демонополизация, и второ - равнопоставяне на играчите на пазара, трябва да се извърши приватизация в болничния и извънболничния сектор и не на последно място - приватизация и на НЗОК. Семерджиев предрича тежка криза в здравеопазването още през следващата година, ако не се увеличи здравната вноска и не се въведе втори задължителен стълб в осигуряването.

Албена ДИМКОВА, главен секретар
на Български здравноосигурителен фонд

направи предложение по отношение облагането на доходите от доброволно здравно осигуряване с окончателен данък по чл. 40, ал.1 от ЗОДФЛ, който от 1 януари тази година вече е в размер на 12%. Според този член от закона доброволните вноски са освободени от данъци (когато са до 10 процента от общия доход), но за сметка на това държавата облага изплатените суми за медицински разходи, т.е. доходите от доброволно здравно осигуряване се облагат при източника с окончателен данък. По този начин един от основните стимули за развитие на пазара губи своя ефект предвид последващото данъчно облагане на получените суми за медицински разходи. В тази връзка от БЗФ предложиха да се обсъди въпросът за намаляване или дори премахване на окончателния данък.
(Продължава на стр. 17)