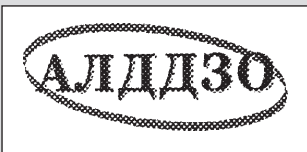


Асоциация на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване



## АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА ДОБРОВОЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

**Д-Р СТЕФАН ТАРАЛЕЖКОВ,**  
главен секретар на Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване

**С**приемането на Закона за здравно осигуряване през 1998 г. се сложи началото на изграждане на здравноосигурителен модел на финансиране на българското здравеопазване. Законът създаде правна възможност за развитие както на задължително, така и на доброволно здравно осигуряване. Последното беше вменено като единствен предмет на дейност на акционерни дружества, чийто периметър на дейност законът очерта извън основния пакет здравни услуги по задължителното осигуряване, като допуска и дублиране на здравните услуги от основния пакет.

Въпреки шестмесечния срок за подготовка на подзаконовите нормативни актове процедурата по лицензиране на дружествата за доброволно здравно осигуряване стартира едва през 2001 г. Същата година бяха лицензирани първите две дружества и техният брой се запази до 2003 г., когато с поправките в ЗЗО необходимият капитал за първоначално регистриране на дружество за доброволно здравно осигуряване от 2 мил. лева беше намален на 500 хил. лева. До края на 2006 г. КФН е лицензирала 13 дружества за ДЗО.

Натрупаният през годините опит в областта на здравното осигуряване е достатъчен, за да се освободим от възлаганите в началото надежди чрез него да бъдат решени всички проблеми на здравната система. Проблеми съществуват както пред системата за задължително осигуряване, така и пред доброволното здравно осигуряване.

От задължителното осигуряване обществото очакваше по-добра организация и по-високо качество на здравните услуги, медицинските специалисти - по-справедливо и по-високо възнаграждение за своя труд, политиките - подобряване ефективността от работата на здравната система.

**Днес резултатът е:** повече пари за неизвестно количество здравни услуги; силно бюрократизирана и дезинтегрирана здравна система, която вместо да подобрява достъпа до медицинска помощ, създава сериозни пречки за това; неравномерно заплащане на труда на медицинските специалисти, което доведе до противопоставяне между различните нива на здравната система и на отделните медицински специалности.

Под лозунга за разширяване правата на пациента стигнахме до единственото право пациентът да избира своя личен лекар и неговото здраве и живот да зависят от квалификацията на този единствен лекар; от телефонните връзки, за да се влезе в контакт с него; от датата, когато се разболяваме, обвързана с наличието или изчерпването на лимитите за преглед от специалист и изследвания и в крайна сметка - от случайността за добро съчетание на всички тези условия.

Доказателство за ниската ефективност на здравната система са повишените разходи и влошаващите се здравни показатели. Основните проблеми за здравноосигурителната система са недофинансираният основен пакет здравни услуги и неефективното разходване на средствата. НЗОК разпределя предоста-

вените й средства, но липсва реално остойностяване на здравните услуги, за да има яснота каква част от действителните разходи покриват наличните средства.

Поради липса на гарантирани права по задължителното здравно осигуряване доброволното здравно осигуряване най-често дублира здравните услуги от основния пакет. Става дума не само за високоспециализирани изследвания, а за дублиране на цялата извънболнична помощ.

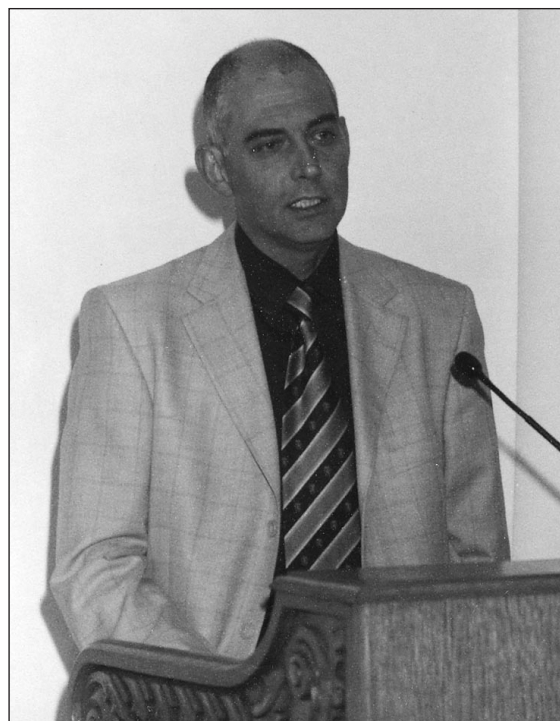
Доброволно осигурените лица имат право на директен достъп до специалист без насочване от GP, поради което те губят правата си по задължителното здравно осигуряване и всички разходи за прегледи и изследвания се поемат от доброволното осигуряване независимо от заплатената задължителна здравноосигурителна вноска.

Надзорът върху дейността на дружествата за доброволно здравно осигуряване е в две ведомства - Комисия по финансов надзор (относно лицензиране и финансова стабилност) и Министерство на здравеопазването (специализиран надзор върху качеството на здравните услуги).

Доброволното здравно осигуряване, макар и законово регламентирано от 1998 година, не се разви през този период като съвременен пазар на здравни услуги. Приходите на всички дружества за доброволно здравно осигуряване за 2006 г. са около 21 млн. лева. На практика това е бюджетът на една неголяма болница. Причините за слабо развитие на доброволното здравно осигуряване са много и комплексни.

В страната липсват традиции в областта на здравното осигуряване. Все още гражданите очакват държавата да поеме основните ангажименти за тяхното здраве. Доказателство за това е и големият брой граждани, които не заплащат задължителните здравноосигурителни вноски, без да са в групата социално слаби.

Ниските доходи на населението не позволяват да се заделят средства за добро-



волно здравно осигуряване поради това, че разходите на домакинствата се насочват преди всичко за храна, отопление, дрехи и други основни нужди. Почти липсват данъчни облекчения за физическите лица върху вноските за доброволно здравно осигуряване. Данъчните облекчения за работодатели (дадени за доброволно пенсионно и доброволно здравно осигуряване) не стимулират работодателите да закупуват допълнителни здравни услуги за своите работници чрез доброволното здравно осигуряване поради краткосрочността на осигуровката и липса на натрупване в индивидуална партида, каквото предлага пенсионното осигуряване.

Нерегламентираният и финансово необезпечен основен пакет здравни услуги по задължителното здравно осигуряване затруднява гражданите в решението им да заплатят още една осигурителна вноска за едни и същи здравни услуги.

Нерегламентираните плащания в лечебните заведения се наложили като правило за получаване на здравни услуги и са предпочитани пред доброволното здравно осигуряване. В борбата с тези деформации в здравната система доброволното здравно осигуряване е едно от възможните решения.

Ниското ниво на мениджмънт в лечебните заведения и незадоволителното качество на медицинско обслужване в обществените лечебни заведения не позволяват доброволно осигурените лица да получат желаното качество на здравни услуги, за да се засили интересът към продуктите на доброволните здравноосигурителни дружества.

Малкото средства, които се събират по доброволното здравно осигуряване, водят до това, че то не е интересен финансов източник за лечебните заведения. В същото време дружествата за ДЗО изискват качество на услугите. Всички пациенти, за които не достигат направления при общопрактикуващите лекари за специалист и за изследва-

ния, са принудени да заплащат за това директно. Този източник на средства за лечебните заведения е далече по-голям от доброволното здравно осигуряване и за него те не носят отговорности за качество.

Слабо развитият частен сектор от лечебни заведения, предоставящи ограничобен здравни услуги, преди всичко в извънболничната медицинска помощ, не позволява

да се развие каквато и да е конкуренция, особено в болничната помощ и в малките населени места.

Лечебните заведения като търговски дружества сами формират цени на здравни услуги без всякакъв държавен регламент и надзор. Поради географското си разположение в страната те много често са монополисти на здравни услуги. Това принуждава дружествата за доброволно здравно осигуряване да приемат техните цени, в които няма никаква пазарна логика и води до оскъпяване на продуктите.

Лечебните заведения чрез абонаментни договори на практика извършват здравно осигуряване, с което допълнително ограничават възможностите за развитие на пазара на ДЗО. От друга страна, необходимо е да се вземе принципно решение относно границата между здравно застраховане и здравно осигуряване и тя да бъде обхваната в законова форма. Двуходовственият специализиран надзор (МЗ и КФН) е неефективен относно абонаментните договори на лечебните заведения. На практика те извършват абонаментно доброволно здравно осигуряване, т.е. управление на финансов риск без всякакъв държавен надзор.

Доброволното здравно осигуряване не може да се разглежда откъснато от системата за здравно осигуряване и от развитието на здравеопазването.

Системата за финансиране е само инструмент за постигане на целта „повече здраве“. Освен че самата система за здравно осигуряване има твърде много нерешени проблеми, у нас липсва политически и обществен консенсус върху цялостната концепция за развитие на здравеопазването. Опитът чрез смяна на модела на финансиране да се решат всички проблеми на здравната система се оказа неуспешен, защото така целите на промяната бяха подменени със средствата. Проблемите на собствеността, на структурата, на управлението на здравната система на макро-

и микрониво остават нерешени.

Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване неведнъж е поставяла проблемите на вниманието на ръководствата на Комисията по здравеопазване към Народното събрание и на Министерството на здравеопазването. За съжаление досега на нас не се гледа като на партньор при решаване на някои от натрупаните проблеми в здравеопазването, а като на формална реклама за пазарност в здравната система. На фона на огромното, макар и стаено обществено недоволство от цялостната организация на здравното обслужване у нас вече е невъзможно да се прехвърлят политически решения към бъдещи периоди.

Обществото не е в състояние да задели много повече средства за здравеопазване. Достатъчно е „черните каси“, сумите в които по данни на представителни социологически проучвания се доближават до официалния бюджет за здравеопазване, да бъдат затворени и тези средства регламентирано да постъпят в здравната система. Поради предизвестения недостиг на средства от особена важност е да бъде засилен обществен контрол върху тяхното разходване.

Невъзможно е доброволното здравно осигуряване повече да продължава да вегетира. Убедихме се, че причината за слабото му развитие не е в недостатъчния брой дружества, а в липсата на реален пазар на здравни услуги.

Дисбалансът между обема здравни услуги в основния пакет и финансовите възможности на НЗОК за негово обезпечаване е очевиден факт. Това явление, ако не бъде коригирано с мотива за политическа целесъобразност, ще трупа само обществен негативизъм към здравното осигуряване изобщо.

Днес доброволните здравноосигурителни фондове 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. Нашето българско заместващо осигуряване е по-скоро дублиращо, защото осигуреното лице заплаща два пъти за едни и същи услуги, а допълнителното - относно болничната помощ - е допълнително като заплащане от фондовете към болницата на допълнителни средства, без да се получават повече и по-качествени услуги за доброволно осигурените лица.

Опасността от фалити на дружествата за доброволно здравно осигуряване, ако поемат и основния пакет здравни услуги, не е по-голяма от опасността от фалит на НЗОК. В единия случай са застрашени само част от осигурените лица, а във втория - всички осигурени.

(Продължава на стр. 19)