

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

КОШНИЦАТА С ГАРАНТИРАНИ УСЛУГИ - ПРЕДПОСТАВКА ЗА ДЕЙСТВЕНО КОМЕРСИАЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ



Българският пациент разбира добре, че срещу задължението си да плаща данъци, здравни вноски, потребителски такси и т. н., а и съгласно конституцията, трябва да има гарантирани здравни услуги (уставното изискване „Никой не може да откаже на боеца, демек на пациента, полагащото му се доволствие“ е твърдо усвоил още навремето). Затова е напълно прав да иска от управляващите да му осигурят това право. Но те не могат да направят това и не се знае дали се замислят защо.

На лекарите пък им омръзна да ги поставят по корупция в една редица с митничарите, да бъдат винаги на топа на устата (пред очите на болните и техните близки), виновни за всички беди на сбирканата система. Те знаят, че медицинската помощ в света отдавна е разписана в процедури и всяка от тях има своя цена. Когато не я получават, кръсците и сипещите се върху тях обвинения за лична корупция и лошо стопанисване на здравните заведения са най-малко несправедливи. Без дефинирани услуги не може да бъде направен национален регистър на здравната помощ, да се поддържа изрядна, а не обърната с краката нагоре медицинска статистика. Не ще има и информационна система - задължителен атрибут на ефективното здравеопазване. А когато гарантираните услуги не са определени и не се заплаща тяхната цена, всякакви напъни за висока здравна вноска стават безсмислени.

На частните здравноосигурителни дружества направо им додея да живеят на вересия, да бъдат потупвани по рамото от лявата ръка на политиците и да им бъде прошепвано, че те разчитат на тяхното чудо, а дясната да натиска бутона, за да ги маргинализира и връща неспирно в изходна позиция. И отново да липсва зависимостта от политическата воля нормативна база и условия за продуктивен здравноосигурителен бизнес както от гледна точка на тяхното функциониране и съществуване, така и на обществен интерес. Казано най-ясно: точно назовани медицински услуги, които могат да доплащат (заедно с пациента) или покриват сами.

ПРИМЕРЪТ НА МАЛКАТА СЛОВЕНИЯ

1993 г. В получената наскоро държавна независимост Словения стартира нова здравноосигурителна система. Средствата за нейното функциониране се набират от задължителни здравни вноски. Управлява се от специално създадения Институт за здравно осигуряване (IUZS) и 42 регионални и местни поделения, на които се предоставят средствата от вноските. До тук нищо особено. Следва обаче изключително важното прозрение на словенците за години напред (повече в „Застраховател“, 2004, бр. 4 (237), с. 13). Още с въвеждането на

здравното осигуряване са били установени шест основни групи здравна помощ, заплащани изцяло от обществената система и безплатни за осигурения (съставляващи гарантирания на пациента пакет услуги), и пет групи услуги, частично доплащани от пациента пропорционално на тяхната реална стойност. Съвместното заплащане на здравните услуги от обществената система и от пациента е било направено с цел да бъдат увеличени източниците за финансиране на системата и да бъде облекчен публичният сектор. Трябвало е също да подпомогне преодоляването на психологическата нагласа за прекомерно търсене на специализи-



Май 2007 г. Приемна на болнична поликлиника в Познан
Според статистиката поляците харчат повече, отколкото получават, неформално добавят за своето здраве още цели 50% от официалните публични разходи за здравеопазване и дори се изхитряват да спестяват

на медицинска помощ от пациентите, които често могат успешно да бъдат лекувани амбулаторно, без да ползват скъпото болнично лечение.

Заедно с доплащането словенците са получили възможност да избират: плащане от собствения джоб или от застраховател, задължил се да го покрива. Доплащането става на базата на добросъвестно разчетена за нуждите на системата и публично обявена цена на услугите. Две са застрахователните фирми, които осигуряват въпросния риск: VZAJEMNA и AIC. Първата от тях е некомуercialна (non profit) и е конструирана като задължителна сателитна част на общественото здравно осигуряване, съпътстваща неговото функциониране от самия старт на системата. Покрай своята основна функция и благодарение на своя non profit статут тя дисциплинира всички налични и новопоявяващи се играчи на частния здравноосигурителен пазар, а нейните полици са предпочели 80 % от застрахованите словенци. Предлаганата от фирмите застрахователна закрила позволява на осигурения да се справи при необходимост от по-сериозно лечение не само с дребни, но и със значителни еднократни плащания, които често превъзват неговия месечен доход. И тъй като медицинските застраховки поемат изцяло и на солидарен принцип задължението за доплащане, те бързо са станали популярни, а след това масово търсени и всеобщи. Понастоящем такива имат почти 1.4 млн словенци или

95% от популацията, задължена да прави доплащане.

Доплащането от пациентите е довело до ред позитивни ефекти. Първо, удало се е да бъдат снижени публичните разходи в общата издръжка на здравеопазването в Словения. Независимо от пълзящия ръст и при тях на разходите за здраве през последните години, вече достигнали 9% от БВП, обществените разходи са тяхната намаляваща част за сметка на доплащанията от допълнително осигурените от застрахователите. Второ, медицинското застраховане вече покрива съществена част от разходите за реимбурсиране на лекарствата. То осигурява до 25% от разходите за

Извън кошницата в момента са 730 процедури. За повечето от тях пациентът плаща и в момента. Например стоматологични интервенции за възстановяване липси в съзъбието, някои ваксини (грип, вирусен хепатит, менингококи), операции за промяна на пола.

1700 процедури са определени като дискуссионни. Тяхното финансиране от NFZ отново ще се обсъди от експертите на въпросната агенция. В тази група например е много скъпото изследване за откриване на рак чрез томография с позитронна емисия (PET).

При оценката на различните процедури експертите са изхождали от правилото: „Лекуваме всяко заболяване, но не с всеки метод“. Това не означава, че в кошницата ще попаднат само евтините методи. Място имат и скъпите, при условие че осигуряват най-добър терапевтичен ефект.

В момента журналистите, както може да се очаква, търсят от свое име и от името на пациентите неприятни изненади. Бързо ги откриват. Няма да се реимбурсира санаториалното лечение (вкл. кинезитерапията и балнеолечението), акупунктурата, психотерапията (семейна и партньорска), терапията на групите лица, пристрастени към алкохола.

От здравното ведомство обещават, че първата работна версия на кошницата ще бъде готова до средата на т. г. След това се предвижда специализирано и публично обсъждане и накрая дискусия. И тъй като е известна предварителната нагласа на обществеността - повече безплатни услуги, на нея се очаква да бъде взето решение по важния въпрос: дали да се редуцира (отнеме от) предлаганото съдържание на кошницата или да се увеличи здравната вноска. Допуска се и междинно решение: въвеждане съвместно плащане от пациента и от фонда, което се смята за дупустимо само за процедури, от които не зависи живота

на болния. Това означава например, че при инфаркт всеки ще бъде лекуван, но за своята визита при специалистта ще заплати сам. Важното междинно решение изглежда подценено (вероятно с цел опростяване на задачата на този етап). До него очевидно не може да се стигне чрез гласуване, а само в резултат на добре обосновано специализирано проектиране. Но именно то е решението, което може да оптимизира системата и да отвори широка „зелена улица“ на доброволното здравно осигуряване.

ОФЕРТА В АМЕРИКАНСКИ СТИЛ

Вместо да се бърка в ключването на договорите, Полският лекарски съюз (NIL) е успял да убеди здравното ведомство да приложи известната американска система за класификация и оценка на медицинските услуги СРТ. Съюзът е получил официално пълен лиценз за неговото усвояване, адаптиране и ползване. Това е най-пълно разработената класификация в света (в Словения ползват подобна австралийска класификация). В СРТ са дефинирани подробно всички лекарски намеси и е показана относителната сложност на процедурите - твърди Ромуалд Крайевски от NIL. Те са един невероятен, уникален научен продукт, получен в резултат на над 20-годишна работа на голям екип професионалисти при поръчителството и финансовата подкрепа на American Medical Association.

В СРТ е представена цялата оферта на съвременната медицина. И то на примера на технологично най-авангардната медицина в света. Запознатите с нея специалисти на NIL твърдят, че около една трета от съдържанието на СРТ полската медицина още не предлага.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описаните решения очевидно не изчерпват целия заслужаващ внимание опит при определяне пакета медицински услуги, гарантиран от задължителното здравно осигуряване. В случая те са ограничени до страни, с които малко или повече можем да се съпоставяме. Основа за такова съпоставяне е финансовият ресурс, с който разполага публичната система. При това положение липсата в случая на добрия опит на по-богати и развити страни е оправдана. Ако се отчете и известният техен опит, навярно като безспорни ще се открият **ТРИ ГЛАВНИ ПОСТУЛАТА:**

Първият: Без своя, българска по форма и съдържание, кошница нито ще минем, нито ще мръднем напред.

Вторият: При ограничените средства, с които разполагаме сега, а и в обозримата перспектива, имаме пределно ясна изначална (a priori) потребност от разделяне на пакета медицински услуги на три групи:

1) Безплатни за пациента (изцяло заплащани от здравната каса);

2) Частично доплащани от пациента (плащани от касата съвместно с пациента или с неговия доброволен здравноосигурител);

3) Напълно заплащани от пациента/неговия доброволен осигурител или заплащани в съотношения, които те договарят помежду си.

Третият: Пълнежът на кошницата подлежи на оптимизация и ще се мени непрекъснато. Но той може да расте само когато обществото ни като цяло и всеки от нас поотделно богате. Дано!