

## Предстоящата здравна реформа

Антония Първанова, зам.-председател на парламентарната Комисия по здравеопазване

ПУСКАМЕ ЧАСТНИ ДРУЖЕСТВА НА ПАЗАРА  
НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

(Продължава от стр. 9)

**- Сега има две договарящи се страни и не могат да се разберат, а като станат много?**

- Тогава по-лесно ще се разберат. Сега има две страни и си извиват ръцете. А когато са повече, всеки ще трябва да намери начин да защити интересите си.

В момента в допълнителните здравни пакети са включени телефон, телевизор, лифтинг и др. подобни процедури, надграждащи над основния пакет екстри, без да е ясен техният медицински ефект. Занапред ще бъде изхождано от принципа какъв е ефектът върху здравето от похарчените пари. Има много скъпоструващи дейности със съмнителен или никакъв ефект върху здравето. Затова доброволният здравен пакет също ще бъде договарян в Националното рамково споразумение и ще бъде задължителен за всички осигурителни дружества. Осигурителите ще могат да предлагат дейности само от този пакет, а не каквото решат. И министърът, и държавата имат интерес с основния и с допълнителния здравен пакет да правят политика. Целта е с основния пакет да се покрие населението - да няма изключване по диагнози, да има максимално обгрижване. А в допълнителния пакет ще бъдат включени дейностите, които са важни, но все още не могат да бъдат платени с публичния ресурс - рехабилитация, хосписи, долекуване на тежки заболявания, продължително лечение в дома и др. Целта е парите да се насочват натам и хората да си избират дейности с медицински ефект, а не екстри като телефон и телевизор.

Когато общественият ресурс стане много голям и има много пове-

че доброволно осигурили се хора, може дейности от допълнителния пакет да преминават към основния. Практиката в страните-членки на ЕС показва, че дружествата в задължителното здравно осигуряване понякога за своя сметка предлагат бонуси от допълнителния пакет не само на хората, които не са ползвали услуги, а и за да бъдат по-атрактивни. Когато в допълнителния пакет се включват здравна информация, профилактика, превенция, те стимулират клиентите да се грижат по-добре за здравето си. Така дружествата си спестяват бъдещи плащания за тежки заболявания. Тези бонуси ще могат да се ползват не само от осигурения, а и от посочено от него лице.

**- Много застрахователи предлагат здравни застраховки. Как се вметват те в бъдещата система?**

- Никак. Който мине към частното, ще е само там, а който е в задължителното, ще е само в задължителното, за да няма дублиране. Няма голям мотив човек да е и към допълнителното здравно осигуряване, и в частното, защото не може да отиде на две места едновременно за едно заболяване. Задължителното здравно осигуряване не се интересува от здравните застраховки. Ако на някой му е интересно да си купува здравни застраховки и ако компаниите могат да живеят от подобен бизнес - ОК. Задължителното здравно осигуряване не се интересува от тях и не се смесва с тях.

Освен това тези, които играят в задължителното здравно осигуряване, няма да имат право дори на миноритарна



собственост в лечебни заведения, за да се избегне конфликт на интереси и да се осветли печалбата. Ако собствениците на даден осигурителен фонд искат, може да си направят лечебни заведения. Но самото лицензирано задължително осигурително дружество не може да е акционер в болница. Осигурителното дружество си плаща данъците и след това може да инвестира в лечебно заведение. Но не и да има преливане на средства, защото в такъв случай не може да се разбере наистина ли реално прелятата сума е равна на отчетената.

Осигурителните дружества ще имат право да въвеждат и допълнителни собствени критерии и стандарти, по които сключват и развалят договорите си с доставчиците на медицински услуги (но не и по отношение на медицинските стандарти). Това право се дава, за да се защити интересът им. За да не се случи така, че гражданите не ги избират, защото дружествата не плащат за тях качествените услуги.

За да могат хората да бъдат информирани максимално, предвиждаме да има и публични ре-

гистри. Това е изискване на европейските директиви. Първият от тези регистри ще включва всички дружества, които работят в областта на задължителното и на доброволното здравно осигуряване. Този регистър ще бъде достъпен за всички граждани в интернет. Така всеки ще може да разбере кой стои зад дадено дружество, кога е лицензирано, с колко договори и т.н.

Отделен публичен регистър ще

има и за доставчиците на здравни услуги. От него ще става ясно къде се намира даденото лечебно заведение, колко отделения има, по колко клинични пътеки работи, колко лекари, сестри и санитарии работят в него, какви задължения има, колко договора има сключени и с кого, кои от тях са били суспендирани, за колко време и по какви причини, кога са върнати, отнемани ли са пак и т.н. Подобен публичен регистър ще има и за медицинските специалисти - кога се е дипломирал като лекар, кога е взел специалност, къде работи и т.н. Може да има информация и за вземане на нерегламентирани плащания. От тези публични регистри ще се вижда ясно кой кой е. Затова няма казваме, че това ще е стената на срама и плача. За вземане на нерегламентирано плащане санкцията е прекратяване на всички договори за една година, без възможност да работи в което и да е лечебно заведение - частно, свое или друго. Тази информация няма да може да бъде свалена от регистъра дори след изтичане на тази една година.

Ако бъде поискано

нерегламентирано плащане от пациент, особено когато той социално е несъпоставим да реагира с достатъчно силен отпор на страната, която иска, този пациент ще бъде стимулиран да се консултира със своя осигурителен агент и агентът да отпрати предупреждение: или медицинската дейност ще бъде извършена, или лекарят или болницата може да си загубят договора. Ако не се постигне бързо решение на въпроса, той може да бъде насочен към арбитражната комисиция и медицинския инспекторат за прекратяване на договора и отнемане правото на практикуване.

**- Това означава ли, че всеки българин ще трябва да има свой осигурителен агент?**

- Не е задължително. Човек може да се обърне и към здравноосигурителното си дружество, което да изпрати агент в случай, че има нужда от защитаване на интересите му.

**- А как ще бъдат защитени интересите на работещите в здравната система от пациенти, които по някаква причина решат да излъжат например, че са им поискани пари?**

- Това се установява веднага. Да вземем за пример човек на 75 години, който се е обадил на осигурителя си, че му предстои операция и са му поискали 700 лева. Ако агентът отиде в болницата и установи, че осигуреният стои в коридора, а не е в операционната, следва логичният въпрос защо не се извършва операцията. След което няма начин тя да не се извърши, и то качествено. Ако лекарят откаже да направи операцията или допусне грешка, деянието става не само умишлено, но и криминално. Освен отнемането на правото на практикуване на лекарската професия и прекра-

тяване на договора, на лекаря може да бъде наложена и санкция лишаване от свобода. Затова всеки ще трябва да си прави сметката как се държи с пациентите си.

Много се спекулира с това, че частните дружества ще вземат 200 млн. лв. и ще избягат. На 200 млн. лв. премиен приход гаранционният капитал е 36 млн. лв. Но на месец дружествата ще получават суми от порядъка на 15-18 млн. лв. Трябва някой да е луд, за да избяга с 15 млн. лв., а да му стоят още 36 млн. лв., да се запорира цялото дружество и да се премине през тежките санкции на КФН.

В момента задължителното и доброволното здравно осигуряване се регламентират със Закона за здравното осигуряване. Докато застрахователите се лицензират и контролират по Кодекса за застраховане. Изискванията на Европейската комисия са, когато в една система - доброволна или задължителна, има и обществени, и частни субекти, всички да се лицензират по един режим. Това означава, че или в Закона за здравното осигуряване параметрите трябва да се приравнят с тези в Кодекса за застраховане, или частта за лицензиране, изисквания, контрол и санкции на здравноосигурителните дружества трябва да премине в Кодекса за застраховане.

В момента в единия нормативен акт глобите започват от 10 000 лв., а в другия - от 500 лв., в единия се изисква гаранционен капитал от 4,4 млн. лв., а в другия - 500 хил. лв. на втората година, който може да бъде и кредитен, и 2 млн. лв. - на четвъртата година. Очевидно е, че тези изисквания ще трябва да бъдат изравнени.

Разговора води  
ЙОАННА СТЕФАНОВА



**БЪЛГАРСКИ  
МОТИ**

ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ КОМПАНИИ

MEMBER OF  
**VIENNA**  
INSURANCE GROUP

1408 София  
ул. Балша бл. № 8

тел. 02/ 915 8787  
факс 02/ 915 8798

e-mail: office@bulgarskiimoti.bg  
http://www.bulgarskiimoti.bg