

Д-р Мими Виткова, председател на Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване

Д-р Виткова, къде е „ахилесовата пета“ на доброволното здравно осигуряване?

Самото доброволно здравно осигуряване е една от „ахилесовите пети“ на системата за здравно осигуряване. Все още липсва отговор от органите на властта - изпълнителна и законодателна, на основния въпрос защо е то доброволно здравно осигуряване и има ли почва у нас, или по-кратко зададен въпросът - каква система за здравно осигуряване ще изградиме. Тази, която имаме днес, не удовлетворява еднакво както гражданите, така и медицинските специалисти. Недостигът на средства е над критичната точка. Слушаме официални изявления, че НЗОК покрива разходи за медикаменти и консумативи без капиталови разходи и разходи за



Мими Виткова е родена на 21.11.1950 г. в село Макреш, обл. Видин. От 1968 г. - 1974 г. учи медицина във ВМИ, София. Лекар със специалност вътрешни болести - ревмокардиология. Получава допълнителна квалификация - ехокардиография - гр. Делфт, Холандия; медицинска статистика-ЦОЛИУФ, Москва; здравна икономика - Йорк, Англия. От 1975 г. - 1979 г. е ординатор - ОРБ, гр. Видин; 1979 г. - 1985 г. - зав. Интензивен кардиологичен сектор; 1985 г. - 1990 г. - зав. кардиологично отделение. От 1990 г. - 1995 г. е народен представител, а през 1995 г. - 1997 г. - министър на здравеопазването. От 2000 г. - 2002 г. е експерт - ОЗОФ „Доверие“ АД, а от 2002 г. до сега е изпълнителен директор на фонда. Омъжена, с едно дете.

В ЕВРОПА ОБЩЕСТВЕНОТО И ЧАСТНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ СЕ РАЗВИВАТ ЕДНОВРЕМЕННО

технологично обновяване. Кой тогава покрива тези разходи. Възможно ли е една система да се развива, без да се обновява нейната материална и технологична база. Всички политически партии заявяват, че ще развиват доброволното здравно осигуряване, но никой не казва кога и как. Причините за слабото 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 ангажменти 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 доброволно здравно осигуряване поради това, че разходите на домакинствата се насочват преди всичко за храна, отопление, дрехи и други основни нужди.

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 пък се наложиха 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, но не единственото.

Проблемите на мениджмънта и незадоволителното качество на медицинско обслужване в обществените лечебни заведения не позволяват доброволно осигурителите 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, води до това, че ние не сме интересен финансов източник за лечебните заведения. В същото време изискваме качество на услугите. Всички пациенти, за които не достигат направления при общопрактикуващите лекари за специалист и за изследвания са принудени да заплащат за това директно. Този източник на средства за лечебните заведения е далече по-голям от доброволното здравно осигуряване, поради което е и предпочитан.

Слабо развитият частен сектор лечебни заведения, предоставящи ограничен обем 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 примат техните цени, в което няма никаква пазарна логика и води до оскъпяване на продуктите.

Законодателят не реши въпросите относно границата между здравно застраховане и здравно осигуряване и абонаментните договори на лечебните заведения. Поради това застрахователите на практика извършват здравно осигуряване с възстановяване на разходи, а лечебните заведения - абонаментно здравно осигуряване, т.е. управление на финансов риск без лиценз и без всякакъв държавен надзор. Всичко това допълнително ограничава възможностите за развитие на пазара на здравни услуги. КФН и МЗ са длъжници към закона и към доброволното осигуряване относно закононарушенията на лечебните заведения.

- Как е ситуиран пазарът - колко са лицензираните здравноосигурителни фондове; има ли концентрация на средствата; кои са водещите; как са разпределени пазарните дялове; какви са тенденциите?

- 12 са лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване. Над 60% от пазара е концентриран в едно дружество. Останалите дружества си поделят скромните 30%-40%. Тенденциите за развитието на този пазар не могат да бъдат очертани, докато не се определят нормативно правилата за неговото развитие.

- С какви резултати завършиха 2005 г. доброволните здравноосигурителни фондове, имате ли данни за приходите общо за системата и на всеки фонд поотделно?

- Все още Комисията за финансов надзор не е оповестила официално данните за 2005 година. Вероятно премиеният приход на всички дружества за ДЗО няма да надхвърли 20 милиона лева при 1,9 милиарда лева официален бюджет на здравната система.

- Смятате ли, че данъчните промени в законите със силно ограничаване на данъчните преференции за доброволното здравно осигуряване ще доведат до сериозни сътресения на пазара?

- Здравноосигурителните вноски са вид косвени данъци, така че не бихме могли да набираме повече

средства за здравеопазване, без да се разглежда цялостната данъчна формула, включително данъчните преференции. Гражданите не са стимулирани по никакъв начин да отделят повече лични средства за своето здраве. 10% от техните доходи са освободени от данъци, ако бъдат дадени за доброволно здравно осигуряване и животозастраховане. Самият размер на средствата е безкрайно малък, а в същото време сумите, които ние им възстановяваме за закупени от тях медикаменти, се облагат с 12%

липса на натрупване в индивидуална партида, което предлага пенсионното осигуряване и застраховките.

- Какво ще представлява т.нар. „втори стълб“ в системата?

- Засега се предлага да има допълнително задължително здравно осигуряване във втори стълб. Спрягат се някакви 2 % вноски за този стълб, като по този начин ще се увеличава общият размер на здравноосигурителните вноски. Идеята е да се обособи по-ясно един основен пакет и до него да се направи разширен пакет, който да се възло-

ща за лечението си.

- Какво трябва да се случи, за да се създадат реални условия за конкуренция между НЗОК и частните фондове?

- Единствено възможното е да се даде правото на гражданите сами да избират своя здравноосигурителен фонд, който да поема както услугите от основния пакет, така и да предлага допълнителни здравни услуги извън основния пакет.

- Как смятате да извадите „на светло“ онзи един милиард лева от „черните каси за здраве“, който вече е публична тайна, и да го пренасочите чрез вноски в системата?

- Не е наше задължение да се занимаваме с „черни каси“. По смисъла на закона те са криминално деяние и с тях трябва да се занимават други органи в държавата. Ние искаме ясни правила. Да се определи точно какви са задълженията на държавата относно здравето на българското общество, какъв е основният пакет здравни услуги и дали той е финансово обезпечен от НЗОК. Какво доброволно здравно осигуряване ще развиваме в България от трите познати форми в света - заместващо, допълнително и допълващо, или ще „откриваме“ нова разновидност. Какви са задълженията на изпълнителите на медицинска помощ. Когато бъдат дадени ясни отговори на тези въпроси в здравната система ще постъпват повече средства по законово регламентиран начин.

- Срещате ли подкрепата на държавните мъже днес, когато основната линия е „по-социална държава“?

- Не смятам, че системата за доброволно здравно осигуряване е антисоциална система. Във всички европейски страни общественото и частното здравно осигуряване се развиват едновременно, всяко в своя законен периметър с общата цел - подобряване на общественото здраве. В нито една европейска държава доброволното здравно осигуряване не е изместило общественото. Практика е около 80 на сто от средствата за здравеопазване да се набират от общественото здравно осигуряване и около 20% по линия на доброволното, докато у нас последният процент е под 1 на сто, но за сметка на това „черните каси“ са равни на обществените. Ако държавните мъже наистина искат България да се развива като социална държава, трябва да създадат регламентите за това. Състоянието на българското здравеопазване днес напълно опровергава техните твърдения, че са радители на социалната държава.

Интервю на
ИЛЕАНА СТОЯНОВА

Какво да направим с нашата здравноосигурителна система? Недостигът на финансови средства вече е очевиден. Последният това, което се заплаща по линия на НЗОК за болнична помощ, не включва нито капиталовите разходи, нито разходите за оборудване. Пута се тогава къде са в бюджет 2006 г. разходите за технологично оборудване и консумативи, по каква схема ще се ползват тези средства? На практика това не е ли доказателство, че финансовите средства за здравеопазване са недостатъчни? Възможните решения на тези проблеми са много. Но никой друг освен политиките не може да ги избере.

От Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване имат свои конкретни предложения. Необходимо е първо да се върнем към класическия модел на здравно осигуряване, където то е со-



лигарна система, в която богатият плаща за бедния, здравият плаща за болните, младият плаща за стария. Обществото не бива да мисли за здравното осигуряване на българите с определено високи доходи, смятат от асоциацията. Когато богатите се включат в здравноосигурителните фондове и заплащат по-високи вноски за здравеопазване, парите от фондовете ще се върнат в здравната система повече пари.

Необходимо е НЗОК да се демонаполизира. Това ще даде възможност за известна конкуренция в системата.)

данък. Къде е смисълът тогава от доброволното здравно осигуряване? Същото се отнася и до работодателите. Данъчните облекчения в размер на 40 лв. месечно необлагаеми суми за всеки работещ (дадени за доброволно пенсионно, доброволно здравно осигуряване, доброволно осигуряване за безработица и застраховка живот) не стимулират работодателите да купуват допълнителни здравни услуги за своите работници чрез доброволното здравно осигуряване поради краткосрочността на осигуровката и

жи на доброволните фондове, а не на НЗОК. Доколко тази идея ще се реализира е въпрос на политически решения. В момента съществува обаче политическа несигурност около това решение. Затова в последно време се прокара и идеята за доплащане в болничните заведения. Това на практика пак увеличава размера на здравноосигурителната вноска, но доброволно - т.е. избирателно дали да си направите вноска в някое от здравноосигурителните дружества, или когато се ползва болничната помощ, пациентът да допла-