



Д-р Стефан Сираков, изпълнителен директор и член на Съвета на директорите на „ДОМ - Здраве“ АД:

Крайно време е да се демонополизира здравноосигурителния пазар

27.02.2006, zdrave.net, Елица Тодорова, Зелма Алмалех

Д-р Сираков, какво предлагат в момента доброволните здравноосигурителни фондове в България?

Доброволното осигуряване е развито в цял свят. Системите за здравно осигуряване са изградени по различен начин в различните държави. В Европа е застъпено социалното здравно осигуряване, където отделните фондове – дали са с приоритет да участва държавата, тоест чрез данъци да събират средства, или чрез вноски, както е в България – и се създават отделни фондове, които гарантират определен обем услуги, както в извънболничната, така и в болничната помощ. Няма такъв фонд, който на практика да може чрез вноските или чрез конкретните проценти от доходите на хората, да гарантира комплексно всички медицински услуги, от които хората се нуждаят. Във Франция например фондовете покриват 75% от цените, другите 25% са самоучастие на самите граждани.

Искате да кажете, че пациентите доплащат директно на изпълнителя 25% от стойността на лечението си?

В различните страни е различно организирано. Във Франция например допреди година и половина здравноосигуреният е ползвал услугата в лечебното заведение - няма значение дали е болница или извънболнична помощ - плаща я, след това отива във фонда и оттам му възстановяват 75% от сумата. Тоест, ако той е платил 100 евро, 75 му се възстановяват, 25 остават за негова сметка. От една година във Франция – те също се развиват – всеки здравноосигурен има карта, чрез която, като отиде при лекаря, това директно се отразява в картата, и тези 25% си остават отново за сметка на хората.

След като споменахте „карта“, се сещам, че д-р Любомир Спасов разви в едно интервю идеята за въвеждането на карта, с която всеки пациент да отива където намери за добре и да се разплаща за лечението си. Но в такъв случай къде отива принципът на солидарността и защо просто да не си внасяме парите в банка и да ги теглим, когато се разболеем?

Такъв модел няма никъде! Тук липсва солидарност, ако не си натрупал достатъчно средства, а пък услугата ти струва много по-скъпо – кой да я плати? Рискът е огромен. В Европа основният принцип е този на социалното здравно осигуряване – там се използва и принципът на солидарността и равнопоставеността при ползване на услугите, който е залегнал и в България. Във всички тези страни обаче има пазар и не един фонд, а няколко фонда. Във Франция обикновено са браншови фондовете и всяка година стават по-малко, защото се обединяват. В Чехия и Словакия също стартираха с доста фондове, след това станаха по-малко. По този начин се увеличава капиталът в самия фонд, който на солидарния принцип може да покрива и да поеме повече услуги.

В България ситуацията е взаимствана и на практика се наложи системата на задължителното здравно осигуряване, която система обаче политиците недооцениха и отделиха доста малък ресурс – толкова бяха възможностите, в рамките на 6%. И ние сме може би единствената европейска страна с такъв нисък процент, който се заделя като вноска за здравно осигуряване. Кое то моментално изискваше НЗОК да прецени с този ресурс какъв обем услуги може да поеме – както в извънболничната помощ, така и в

болничната. Много от услугите, които не са животозастрашаващи, не са фатални за хората, можеха да бъдат извадени от този огромен основен пакет и да бъдат оставени по друг начин да бъдат договаряни при по-пазарни условия.

В момента не се ли припокриват в някаква степен услугите, които се предоставят в следствие на задължителното и доброволното осигуряване?

Да, припокриване има. Аз пак ще продължа с това, което казах преди малко. Поради малкия икономически ресурс, който се заделя от всеки един работещ в България, а за неработещите – за социално слабите и др. – знаете, че държавата заделя един голям процент от данъците и ги внася в НЗОК. Доброволното осигуряване през последните три-четири години, след като се разшири пакета от НЗОК, на практика не е останала някаква дейност, която доброволните фондове да кажат: „Ние тази дейност я покриваме”. Монополът на НЗОК „гарантира” цялостния обем от дейности в извънболничната, а сега и в болничната помощ, затова е създаден в последните три години този хаос в системата. Хаос в смисъл, че започва да се оформя листа на чакащи, започнаха навсякъде да изискват от гражданите средства за закупуване на допълнителни консумативи, гражданите да си плащат допълнително във всяко лечебно заведение... На практика нямаше законово регламентирана дейност или обем, който фондовете да поемат. И те поемат точно разликата между това, което е като цена на пазара на услугата, и това, което им плаща НЗОК – до миналата година част от тези средства се даваха и от бюджета чрез Министерство на здравеопазването – и ние доплащахме в лечебното заведение, на изпълнителите на медицинска помощ, доплащахме за тази услуга допълнително цена, за да могат нашите здравноосигурени да почувстват, че някой допълнително се грижи за тях. Най-много се доплаща в областта на битовите услуги и условия, които предлагат лечебните заведения – да бъде пациентът в самостоятелна стая; да бъдат допълнително извършвани при него прегледи, консултации, визитации от изтъкнати специалисти; да бъдат навреме извършени дейностите; да бъдат извършени в пълния обем; да бъдат купени необходимите консумативи, ако лечебното заведение не разполага с тях. И най-важното и основното, което правим, е логистиката, за да ориентираме хората в този хаос, който в момента съществува в здравната система. Тези средства, които фондовете набират, това правят – навреме да могат хората, когато имат нужда, да получат навременна, качествена медицинска помощ, при добър специалист.

Приблизително какъв процент от хората в момента се осигуряват допълнително?

Доброволното здравно осигуряване е все още недоразвит пазар, независимо, че само в момента в България освен Националната здравна каса има още 12 доброволни регистрирани фонда. Последните две години имаше бум на доста фондове. Може би това се породило от намаляване на минималния изискуем капитал, който по-рано беше 2 милиона. Сега е 500 хиляди, като в рамките на три години трябва да се увеличи до 2 милиона. Осигурените към момента в тези 12 фонда за доброволно здравно осигуряване не са повече от 70-80 хиляди души. Независимо, че по отчети в Комисията за финансов надзор се водят около 100 хиляди. Защото там, в зависимост от това един човек колко пакета е взел, такъв е отчета, че някои от фондовете отчитат един и същи човек 2-3 пъти че се е абониран за доброволно здравно осигуряване, единствено по броя на пакетите. И аз затова казвам – в момента има осигурени 70-80 хиляди човека. Като основно това го правят големи корпорации, фирми, които мислят за своите служители и работници.

Възможно ли в момента хората да се осигуряват допълнително индивидуално?

Да, могат. Предлагат се такива полици за доброволно индивидуално допълнително здравно осигуряване. „ДОМ - Здраве” също предлага такива. Смятам, че все още мисленето на хората не е напълно узряло. Те не могат да проумеят защо един път си плащат задължителната здравноосигурителна вноска към НЗОК, и след като навсякъде се декларира, че те трябва да получат абсолютно всичко от това нещо, чак когато станат потребители на системата се убеждават, че това не е така. И чак тогава започват да търсят начини дали това може да стане чрез доброволни фондове, или – средната класа и малко по-богатите – предпочитат сами да ходят и да се разплащат. Което – искам дебело да подчертая – не носи полза на тези хора, защото, не познавайки системата, не познавайки квалификацията на изпълнителите на медицинска помощ, те не винаги попадат в най-доброто лечебно заведение, при най-добрия специалист, независимо, че си плащат от джоба. Затова аз им препоръчвам и бих препоръчвал – народа сам ще стигне до този извод – че е най-добре това да се извършва чрез доброволните фондове, които стават купувачи на по-голям обем услуги, постигат по-добри цени. Те винаги знаят към съответния момент кой от специалистите е най-добър, за да могат чрез добра логистика – каквато смятам, че по-добра от „ДОМ - Здраве” никога не прави – те да бъдат насочвани, да не губят време, да не харчат допълнително средства, да могат да получат навременна, квалифицирана медицинска помощ.

Освен мисленето на хората, какво друго пречи за развитието на този пазар? Било то в законодателно или в каквото и да е отношение.

Пречи законовият регламент. В момента нищо не е точно регламентирано – какво плаща касата и какво могат да плащат хората. Крайно време е, според мен, да се демонополизира здравноосигурителния пазар. А това означава да се даде законова възможност доброволното здравно осигуряване да управлява и задължителните здравни вноски. Например „ДОМ - Здраве“ е избран от 100 хиляди човека. Какъв е проблемът в една такава частна структура да се превеждат на тези 100 хиляди човека, сами направили избора на „ДОМ - Здраве“, и задължителните осигуровки? По този начин ние ще станем конкурент на Националната каса. А когато има конкуренция и има пазар, хората винаги ще получат по-добра, по-навременна и по-качествена услуга. Това е едно от нещата – да се премахне монополът. Това веднага ще предизвика, както казах, конкуренция, ще предизвика по-високо качество, ще предизвика падане на цените на самите услуги. Но най-важното е, че хората непрекъснато ще получават възможност свободно да избират в кой фонд да се осигурят относно задължителното здравно осигуряване. Защото всички са недоволни от Националната каса, а законодателството пречи те да имат такъв свободен избор. А това е най-важното – да имат тази възможност свободно да направят избора къде да ги насочат, при положение, че вече на пазара има 13 такива работещи фондове. Ако това не се случи, в близко бъдеще ще станем свидетели на още по-тежка бюрокрация в НЗОК, защото тя се бюрократизира по този начин от своя монопол, и оттам ще започне наистина да се заражда още по-голяма корупция в целия здравен сектор.

Това ли е начинът според Вас за справяне с проблемите с финансирането на здравеопазването?

Вие си спомняте преди тези избори, че политиките от почти всички политически сили се упражняваха и говореха, че ще се погрижат, ще допуснат пазар в здравеопазването, ще допуснат конкуренция, но явно няма политическа воля за подобен тип решения. А всички виждат и са убедени, че системата не отговаря на изискванията, които имат хората, които биха желали да са сигурни, когато им се наложи да ползват здравна услуга. Няма тази сигурност вече в хората. А сега, както виждате, от един-два месеца нещата още повече се задълбочават.

Явно има консенсус, че това трябва да стане. Спорът е по-скоро по какъв точно начин да стане – поне моето впечатление е такава.

Това е единият от начините. Вторият е, ако искат, да опитат да направят както направиха пенсионното – с допълнителен стълб. Много хора в момента казват, че парите за здравеопазване са малко. В никакъв случай не са малко, много лошо се управляват. И то заради това, че са съсредоточени в една институция.

Какво предлага „ДОМ - Здраве“ и какво го отличава от другите фондове на пазара?

„ДОМ - Здраве“ е фонд, който се лицензира през 2004 г., юли месец стартира дейността си. „ДОМ - Здраве“, за разлика от останалите фондове, е единственият, зад който не стои финансова структура. Зад всички останали фондове стоят финансови институции. Например, зад „Закрила“ стои „Орел холдинг“; зад ДЗИ стои ДЗИ; зад „Булстрад“ стои „Булстрад“. „ДОМ - Здраве“ е единствен, който има 100 физически лица акционери. Това са изтъкнати специалисти в сектор „Здравеопазване“ - както мениджъри в сектора, така и медицински изтъкнати хабилитирани лица. И едно юридическо лице, в лицето на Международния институт по здравеопазване и здравно осигуряване, което внася сигурността, че Международният институт като такъв познава много добре и следи целия сектор, и логистиката, която имаме възможност да предлагаме, е благодарение на информацията и благодарение на сътрудничеството ни с него.

Друго, което отличава „ДОМ - Здраве“ при неговото създаване е, че първата му работа, както показва и името му – ДОМ значи доброволна осигурителна мрежа – беше да изгради мрежа. „ДОМ - Здраве“ в момента има регионален координатор във всеки един регион и всяка една област. Това е лекар – известен, с организационни качества, добър специалист, който гарантира на „ДОМ - Здраве“, че всички наши клиенти в съответната област ще се обръщат към един коректен, сигурен наш представител, който познава добре системата, който ще ги ориентира добре в нея, когато имат нужда. Във всяка една област имаме договори с изпълнители на медицинска помощ. Това в извънболничната помощ са медицински центрове, диагностично-консултативни центрове, лаборатории и болници. Не държим толкова да имаме договори с всички регистрирани болници. Търсим в съответния регион къде работят най-добрите специалисти и кое е най-доброто лечебно заведение. Вътре във всяко едно лечебно заведение „ДОМ - Здраве“ разполага с медицински координатор. Този медицински координатор е човекът, който първи посреща нашите здравноосигурени клиенти; той ги придружава, асистира ги до окончателно решаване на техния проблем и се грижи през цялото време да е с тях.

Третото нещо, с което „ДОМ - Здраве“ се появи на пазара, е ноу-хау. Всички единадесет фонда имат отделно лицензирани пакети. Пакет - това е обем от услуги, който се лицензира от Комисията по финансов надзор и се поддържа от съответното дружество и то се предлага на пазара. Всяко дружество има пакет за профилактика, пакет за извънболнична помощ, пакет за болнична помощ или комбиниран пакет, възстановяване на разходи. Ноу-хау-то на „ДОМ - Здраве“ е характерно с това, че когато един здравноосигурен има здравен проблем, ние не делим проблема на извънболнична, болнична и т.н. помощ. Ние помагаме от момента, в който той се е обърнал към нас за помощ, до окончателно решаване

на неговия здравен проблем. Затова създадохме пакет, наречен „Интегрирана медицинска помощ”, в който влиза и профилактиката, и промоцията, и извънболнична, и болнична, и – нямаме възстановяване на разходи за лекарства, а директно осигуряваме лекарства. Ако пациентът има нужда от преглед в извънболничната помощ, той моментално се асистира, докато се реши дали може да се получи в това лечебно заведение решение на неговия проблем. Ако се налага болнично лечение – отново. Ние вървим след пациента и плащаме. Ако се наложи след това да получи някакви лекарства, за да се долекува вкъщи - също. Ако има нужда от грижи – също. В един и същи пакет хората получават пълният обем необходими дейности, за да може на човека да му бъде решен докрай проблема. Това е единият ни пакет и вторият е „Възстановяване на разходи” – само тези два пакета „ДОМ - Здраве” е лицензирал – като във „Възстановяване на разходи” хората могат, да кажем от тези професии или тези служители, които много пътуват, където и да се намират те, където и да им се случи някакъв здравословен проблем, да влязат и да бъдат обслужени, да си вземат съответните документи и след това ние да им възстановим разходите, които са направили. Най-важното за нас е никъде пациентът да не плаща – ние плащаме за него; никъде пациентът да не е сам – навсякъде да бъде асистиран от медицинско лице, което е съответно наш координатор; стремеж никъде да не губим време на хората и винаги да бъдат лекувани в най-доброто лечебно заведение, до най-добрите специалисти. Това го постигаме и с договорите, които имаме с изтъкнати над 150 водещи специалисти, наши консултанти в различните лечебни заведения в цялата страна.

Всичко това звучи чудесно, но доколко е достъпно? Не е ли на този етап привилегия само за най-горната прослойка от обществото?

Не. В момента в „ДОМ - Здраве” има около 15 000 осигурени. Това е четвъртата отличителна черта – че от тези 15 000 души имаме само 1000 от държавни предприятия. Всички останали са частни предприятия. Тук вече съзираме, че има промяна в мисленето на работодателите и на собствениците на предприятия. Когато един работодател инвестира определена сума в здравето на неговите работници и служители, той си гарантира неговите икономически планове да му бъдат наистина изпълнени. Защото само здрав човек може да дава добра продукция. И се радвам на това, че частникът когато дава пари, следи как се изразходват. От тези предприятия, които са при нас досега, нямаме нито едно оплакване. Първите им договори бяха едногодишни и сега, когато изтичаха, всички сами ни потърсиха, за да ги подновят, и вече договорите им са тригодишни. Което за нас е атестация за добре свършена работа и за това, че поетите ангажименти по договорите са добре изпълнени.

Част от доброволните фондове вече разполагат и със собствени лечебни заведения...

„ДОМ - Здраве” също има две свои лечебни заведения, но аз това никога не го изтъквам като някакво огромно предимство, и ще ви обясня защо. Все още България е една от страните, където има изключително много лечебни заведения. Ние предпочитаме – защото всичките акционери и всички, които участват в управлението на „ДОМ - Здраве”, сме част от системата и я познаваме добре от години – предпочитаме да имаме договор с всички лечебни заведения, и познавайки добре възможностите на всяко едно от тях, какви специалисти работят, да ползваме някои от тях. Да не обидя някого, но ще кажа – в момента примерно в едно университетско лечебно заведение, в което има над 28 клиники, ние работим основно с 10 от тях. Защото знаем, че в тези 10 клиники наистина качеството на медицинската услуга, която се предлага, е много добро. Така че ние имаме възможността, като следим добре и познаваме развитието на лекарите, във всеки един момент да предложим на нашите здравноосигурени този специалист, който към момента в дадена област е най-добър. Ние предпочитаме да платим скъпо, но да получим качествена и навременна услуга, отколкото да накараме човека да ходи на четири-пет места, където ще трябва после да минем и да платим, и след това пак да стигнем до него, което ще ни оскъпи услугата. Този така наречен индивидуален мениджмънт, който прилагаме, води и до добрите финансови резултати на „ДОМ - Здраве”. Когато имаме пациент със сърдечни проблеми, ние няма да го пратим в областна болница и т. н., а търсим моментално, ако проблемът е ритъмен – едно лечебно заведение, ако проблемът касае оперативна намеса – друго лечебно заведение, ако проблемът е само диагностичен – трето, независимо че проблемът във всички случаи е сърдечносъдов. И давам пример: млад човек на 33 години, със стенокардия. Човекът е от Ардино, но не го хоспитализирахме в болницата в Ардино, след това в Кърджали, след това в Пловдив... Директно човекът беше доведен в софийско лечебно заведение, където след три часа път и след още два часа подготовка му се интервенираха коронарните съдове. На другия ден човекът се върна и на третия ден беше на работното си място. Ако беше минал по цялата верига, той щеше да остане примерно на едно от нивата, където щеше да изчака инфаркта да стане, след това да минат шест месеца, и след това за цял живот да бъде инвалид. Това е нещото, което можем, и мисля, че го правим добре.