

АСОЦИАЦИЯ НА ЛИЦЕНЗИРАНИТЕ ДРУЖЕСТВА ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

СТАНОВИЩЕ
на АЛДДЗО

по предложения от Комисията за финансов надзор (КФН)
проект на Закон за изменение и допълнение на
Кодекса за застраховането

За пореден път през последната година вместо задълбочен анализ на проблемите пред здравното осигуряване, от който естествено да произтекат необходимите законови и административни решения, се предлагат самоцелни законотворчески инициативи, които не водят до усъвършенстване на здравно-осигурителния модел, а целят единствено да унищожат системата за доброволно здравно осигуряване. Поставя се знак на равенство между доброволно здравно осигуряване и застраховка „автокаска“. Ремонтът на катастрофирал автомобил и лечение на болен човек за авторите на законопроекта са една и съща „услуга“ (доклад на зам. председателя на КФН, ръководещ Управление „Застрахователен надзор“ пред VII-та национална конференция с международно участие „Застраховането в България при условията на евроинтеграцията: предизвикателства пред продължаващата адаптация“). Като продължение на тази логика между автосервиз и болница също не би трябвало да има разлика. Подобни абсурдни тези са в основата на законопроекта, изработен от Комисията за финансов надзор и представен на Министерство на финансите. За да помогнем на министерствата и правителството, които ще трябва да изразят позиция по този проект се чувстваме задължени да коментираме някои мотиви на авторите и да изразим позиция по очакваните резултати, ако този проект се допусне да стане закон.

Основният мотив за превръщането на дружествата за доброволно здравно осигуряване в общо застрахователни компании е: „така иска Брюксел и Европейските директиви“. В отговор на този мотив искаме да поясним, че здравните услуги, които предоставят дружествата за доброволно здравно осигуряване и, които са лицензирани от КФН, не се покриват с услугите на застраховка „Заболяване“, която предоставят застрахователите. Поради това не е валиден аргументът, че конкурентни субекти трябва да бъдат поставени при еднакви условия. По данни на КФН за 11-те месеца на 2008 г. премиеният приход от здравната застраховка по общо застраховане е 28 838 лв., а на дружествата за доброволно здравно осигуряване - 27 221 319 лв. Цифрите са красноречиво доказателство за предпочитанията на българските граждани и за разликите, които те намират в предлаганите продукти.

Твърденията за неравнопоставеност в размера на уставния капитал са също не издържани. Дружествата за доброволно здравно осигуряване, повечето от които са с капитал от два и повече милиона лева, управляват приходи единствено от доброволни здравни вноски в посочения размер. Общо-застрахователните компании управляват приходи в размер около два милиарда годишно, над 80% от които са от задължителни застраховки. Може ли при това съпоставяне на паричния ресурс и начина на неговото придобиване да се говори за неравнопоставеност на уставния капитал. От 1998 до 2003 г. Законът за здравно осигуряване (ЗЗО) изискваше два милиона капитал, внесен в парични средства, за регистриране на дружество за доброволно здравно осигуряване. През 2002 г. се приеха поправки в закона с мотив, че високият капитал е причина за слабо развитие на пазара за здравно осигуряване и капиталът беше намален. Тогава лицензираните с два милиона капитал дружества за здравно осигуряване изразиха несъгласие с тази поправка в закона, но както и сега никой не се съобрази с нашето мнение.

В мотивите към законопроекта се посочва, че КФН няма достатъчно законови правомощия за контрол върху дейността на дружествата за доброволно здравно осигуряване, което е

причина за техните лоши финансови резултати. Основните причини, работещите дружества да трупат загуби, са най-вече в обществените поръчки на големи клиенти, които са публично достояние и, ако КФН изпълняваше своите надзорни функции, не трябваше да допусне дори обявяването на повечето от тях. На сайта на Агенцията за обществени поръчки всеки може да се убеди при какви условия сме поставени да работим - обявява се както цена за един осигурен, така и изисквания вид и обем на здравни услуги. По какви критерии тогава се прави избора, след като е зададена и цената и обема на услугите. Обявените цени най-често са недопустимо ниски по отношение на зададените услуги. Колкото е по-голям дефицитът на едно здравно-осигурително дружество, толкова повече обществени поръчки то е изпълнявало. КФН не положи усилия да спре и абонаментните договори на лечебните заведения, които по смисъла на закона са нелицензирана дейност по доброволното здравно осигуряване. За съжаление през цялото време и МЗ не ни припозна като част от системата и подминаваше всички наши опити да се създават ясни правила за работа. Липсва номенклатура на здравните услуги, които са извън основния пакет здравни дейности, което позволява на лечебните заведения да формират цени и за дейности от обличане на труп, до печене на агне; да променят цените на здравните услуги по няколко пъти в годината, след като ние не можем да променим цените при едногодишни осигурителни договори; да доплащаме за болнична помощ от 20 до 50% върху цената на клиничната пътека, без осигурените лица да получават качествено по-различни услуги от останалите; да заплащаме избор на екип, на принципа има екип, но няма избор. Вместо да решаваме заедно тези проблеми се предлага дружествата за доброволно здравно осигуряване да изчезнат като станат застрахователи. При този сценарий нас ни няма, но проблемите ще останат и пред тях гражданите се изправят сами.

Основният въпрос, на който трябва да се даде отговор преди всякакви законови промени е доброволното здравно осигуряване е ли част от системата за социално осигуряване или не. Нашият отговор на този въпрос е позитивен. Въпреки приликите със застрахователната система, разликите между осигуряване и застраховане са съществени: доброволното здравно осигуряване управлява не само финансов риск, а организира и цялостния медицински асистънс при ползване на здравни услуги, контролира изпълнителите на медицинска помощ и така влияе върху качеството на здравните услуги; системата на здравно осигуряване е система от разходно покривен тип, докато застраховането е капиталово покривна система; застрахователят обезщетява след като има налично заболяване, осигурителят акцентира в своята дейност върху профилактика и покрива финансово реално направени разходи; по-голяма част от средствата при застраховането се връщат на застрахованото лице като обезщетение, докато при осигуряването се възстановяват на лечебни заведения и така допринасят за развитието на здравната система; доброволното здравно осигуряване е солидарна система и на този принцип не трябва да се посяга, замествайки го със застраховане.

Ние не отричаме необходимостта от промени в системата за доброволно здравно осигуряване, но те трябва да се разглеждат в контекста на цялостното развитие на здравно-осигурителния модел и да отразяват следните наши разбирания:

1. Систематичното място на доброволното здравно осигуряване е Законът за здравно осигуряване, а не в Кодекса за застраховане. С поправки в ЗЗО могат да бъдат отстранени всички пропуски, които „пречат“ на КФН, допускат със заемни средства да се регистрира дружество за здравно осигуряване и не защитават в достатъчна степен осигурените лица;

2. Трябва да се запази юридическата самостоятелност на дружествата и единствения им предмет на дейност - доброволно здравно осигуряване, в противен случай доброволното здравно осигуряване ще бъде доведено до настоящето ниво на застраховката „Заболяване“;

3. Увеличението на капитала трябва да е съразмерно на осигурителния риск и финансовия ресурс, който се управлява от дружествата за доброволно здравно осигуряване;

4. КФН трябва да профилира своята дейност по отношение на здравното осигуряване и не би могла да бъде единствена надзорна институция, поради спецификата в дейността на осигурителните дружества. МЗ следва да усъвършенства своите надзорни функции, както върху задължителното, така и върху доброволното здравно осигуряване;

5. На пазара на здравни услуги има място и за застрахователи и за дружества за доброволно здравно осигуряване. След като гражданите правят разлика при избора на предлаганите продукти не бива да им се отнема това право;

6. Ако законът бъде приет във вида, в който е представен, две от дружествата за доброволно здравно осигуряване за осем години ще трябва да преживеят трета процедура по лицензиране, а голяма част от останалите - за четири години два пъти. Този факт на фона на всички управленски декларации за ограничаване на излишните лицензионни режими, е трудно да бъде интерпретиран. При поправки в ЗЗО е необходимо да се даде право след покриване на новите изисквания дружеството да продължи своята дейност без нова процедура за лицензиране;

7. Европейските практики в областта на здравното осигуряване са толкова, колкото и броя на страните членки на ЕС и никой не поставя въпроса за тяхното унифициране. При единен надзор със застрахователните компании от КФН и след корекции в ЗЗО е несериозно да се развява европейска заплахата от санкции, поради единствената причина, че дружествата за доброволно здравно осигуряване не са лицензирани по Кодекса за застраховане;

8. Задължителното и доброволно здравно осигуряване са две взаимно свързани и допълващи се системи. Нарушаването на тяхното единство е проява на непознаване философията на осигуряването и води до обществени загуби както за гражданите, така и за здравната система.

Най-приемлив за нашите условия вариант за развитие и усъвършенстване на здравноосигурителния модел е създаване на втори разширен пакет здравни услуги по задължителното осигуряване, финансово обезпечен с вече увеличения, но неизползван размер на осигурителната вноска и, предоставен за управление от частни здравноосигурителни дружества. АЛДДЗО многократно изразява своето становище, че това е единствено верния път, по който трябва да се надгражда здравноосигурителната система, и да се разширяват правата на гражданите в избора на осигурителна институция и в обема здравни услуги. Ние ще продължим да работим в тази насока и да търсим съмишленици.

Упоритото нежелание на авторите на всички законопроекта за промени в здравноосигурителната система през последната година да проведат широк експертен и обществен дебат преди да ни предлагат готови решения затвърждава убеждението, че намеренията не са продиктувани от желание за развитие и усъвършенстване на системата, а от други интереси, чужди на обществените. За този подход на някои политици и държавни институции няма европейски директиви, зад които биха могли да застанат.

Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване обединява дружествата за доброволно здравно осигуряване, които със своята осем годишна дейност пишат част от първите страници от новата история на здравното осигуряване в България. Това ни дава основание да изявим претенции да продължим да работим за развитието на здравното осигуряване в България. Оставаме с протегнатата ръка за експертна помощ при формирането на концепция относно развитието на българското здравеопазване и здравно осигуряване и с надежда, че тя изключва възможността за създаване на нови проблеми без да се решат съществуващите.

06.03.2009 г.

д-р Мими Виткова
Председател на АЛДДЗО