

Боян Захариев - Институт Отворено общество- София:

Добре. Мисля, че вече е време да започваме. Аз съм Боян Захариев от Институт Отворено общество и ще водя тази наша днешна среща, която е поредната от серията представяния на анализи на Институт Отворено общество в сферата на здравеопазването. Няма да бъде и последната. Предишните, например тези посветени на корупцията, предизвикаха сериозен институционален интерес. Имаше отклик от различни институции, включително от парламента, от Комисията по здравеопазване. Така че се надявам и в този случай да бъде така. И с това давам думата на нашия изпълнителен директор Георги Стойчев. Заповядайте г-н Стойчев.

Георги Стойчев – Директор на Институт Отворено общество-София:

Добър ден на всички. Преди всичко благодаря ви за проявения интерес към днешната дискусия и затова, че приехте нашата покана да участвате в нея. Поводът, който ни събира е представянето на резултатите от изследване на Институт Отворено общество - София за състоянието на здравнонеосигурените в България. Това, което знаем и без това изследване е, че здравнонеосигурените в България и то трайно са около 1 000 000 души. Това, което се опитваме да установим чрез това изследване е какъв е техният профил и защо те са неосигурени. Дали заради липса на желание, или заради липса на възможност.

Ако въпросът се свежда до липса на желание, то тогава очевидно имаме нужда от политики, които да създават стимули и дори принуда върху тези хора да влязат в системата. Ако проблемът се свежда до липса на възможности, то тогава имаме нужда от друг тип политики, които да променят системата и да я направят по-отворена и с по-нисък праг за влизане, така че тези хора да могат да бъдат покрити от нея. Надявам се, че резултатите от изследването ще помогнат на хората, които взимат решения да се ориентират точно от какъв тип политики имаме нужда в случая. Даваме си сметка, че въпросът за здравнонеосигурените не може да бъде решен извън контекста на по-широкия въпрос за реформи в сферата на здравеопазването, които да адресират както проблемите с финансирането, така и проблемите с достъпа. Също така си даваме сметка, че трайното решаване на тези проблеми най-вероятно ще

останат като задача за следващото управление на страната. В рамките на този мандат като че ли възможностите са вече изчерпани.

В този смисъл ми се иска да кажа няколко думи за нагласите на хората по отношение на състоянието на здравеопазването и на потенциала за реформи в сектора. Серия от други изследвания на Отворено общество, не това, което ще представяме днес, ясно показват, че хората са силно неудовлетворени от състоянието на здравеопазването в България. Имат изключително ниско доверие към институциите, които управляват сектора и изразяват силна подкрепа за неговото реформиране. Ако гражданите, ако избирателите бяха в състояние да определят дневния ред на политиците в България, реформата в здравеопазването щеше да бъде приоритет номер едно на управлението. По данни от изследване на общественото мнение проведено през март – април тази година от Институт Отворено общество на въпрос “В кои сфери е най-неотложно да продължат реформите в страната?”, най-много хора - 31% от анкетираните заявяват: “В сферата на здравеопазването”. На второ място е икономиката с 23%, на трето място правосъдието с 20%. Този резултат не е изненадващ като се има предвид силната неудовлетвореност на хората от качеството на здравната услуга, която получават и като се има предвид ниското доверие към институциите, които управляват този сектор. Пак по данни на Отворено общество от представително изследване провеждано през октомври миналата година, 50% от българските граждани заявяват, че днес те могат да си позволят по-малко качествени здравни услуги отколкото преди 5 години, въпреки че тези 5 години бяха години на доста силен икономически растеж и на реализацията на големи фискални излишъци. Около 40% казват, че положението е същото както преди пет години. Само 7% заявяват, че сега могат да си позволят по-качествени, повече качествени здравни услуги отколкото преди пет години.

Други 56% заявяват, че се опасяват, че за следващите години няма да им стигат парите, за да си покриват разходите за лекарства. Това показва, че за около половината от българските граждани проблемите в здравеопазването са доста сериозни.

На този фон доверието към институциите, които управляват сектора е изключително ниско. Ние в България по начало имаме трайно ниско, хронично ниско доверие към държавните институции, но специално към институциите,

които управляват здравния сектор доверието е още по-ниско отколкото към другите институции. Националната здравна каса и Министерството на здравеопазването получават доверие, ползват се с доверие сред около 15% от анкетиранияте. Между 65% и 75% от анкетиранияте заявяват недоверие в тези институции. Тези данни до голяма степен обясняват желанието на хората да подкрепят реформаторски политики в сектора или да подкрепят промяна в сектора. Рискът е свързан с това, че може да се окаже, че склонността на хората да подкрепят промяна в този сектор е толкова голяма, че да са готови да подкрепят всякаква промяна. Без да си дават сметка какви ще са последиците от тази промяна и дали тази промяна ще бъде в положителна или в отрицателна посока в дългосрочен план.

В този смисъл голямото предизвикателство пред експертната общност и политиците, които формират политиките в сферата на здравеопазването е наистина да могат да насочат промяната в правилната посока. Защото рискът тя да отиде в неправилна посока е доста съществен. От тази гледна точка вглеждането в детайлите на картината е много важно. А не просто да се прави политика на базата на заглавия във вестниците. И в този смисъл фактът, че ние знаем, че има 1 000 000 неосигурени очевидно не е достатъчен за да правим политика в тази сфера. Ние имаме нужда да знаем защо тези хора не са осигурени, какъв е техният профил, какъв е рискът, ако останат неосигурени и каква е цената, ако те бъдат върнати обратно в системата.

Ето защо смятам, че изследването, което представяме днес е полезно на хората, които правят политика. То се опитва да отговори на част, макар и не на всички от тези въпроси. Благодаря ви за вниманието.

Боян Захариев:

Благодаря Ви г-н Стойчев. И аз първо да кажа за нашите добри партньори, без които това изследване свършено нямаше да бъде възможно. Първо данни, които ни бяха предоставени от Националната здравноосигурителна каса. Длъжен съм да спомена, че цялата извадка е направена на базата на данни, които получихме от тях. Освен това Агенцията за социално подпомагане ни беше от голяма помощ. И разбира се г-жа Мими Виткова, която ръководеше екипа изготвил този доклад. Сега ще насоча вниманието ви към екрана, ако ми позволите.

Това е графика, която е от официални данни. Тя илюстрира това, което вече г-н Стойчев каза. В смисъл виждате каква е динамиката на здравнонеосигурените през годините. В началото, когато стартира всъщност тази нова осигурителна реформа, явно е имало нужда от известно време системата да влезе в ритъм. И виждате, че от известно време насам – от 2005, броят на здравнонеосигурените е почти постоянен, което ни кара да мислим, че всъщност тя се е стабилизирала около тези доста неблагоприятни бройки от около 1 000 000 души, за които ние всички знаем.

Сега най-обща информация за нашето изследване. Както вече ви казах, то беше проведено от екип на Българската академия на науките, които за съжаление в момента са в чужбина и нямаха възможност да присъстват днес. Някои специални ограничения искам да спомена, които трябва да са ясни от самото начало, защото са много важни в контекста на анализа на здравнонеосигурените. Първо, ние достигнахме само до хора, живеещи в градовете. По простата причина, че адресите, които се съдържаха в списъците, с които ние разполагахме на хора в селата бяха с доста лошо качество и практически те бяха трудно откриваеми. Това разбира се, говори за някои дефицити в сегашните ни информационни системи, които ползваме. Така или иначе, това е което на този етап можахме да направим. И тук важната уговорка е, че примерно земеделските производители, които вероятно са един голям контингент от здравнонеосигурените не присъстват в нашето изследване. Хората бяха интервюирани лице в лице, по домовете им и бяха направени около 1200 интервюта, което е една напълно достатъчна по обем извадка за България. Вече казах, че сме ползвали данни на Национална здравноосигурителна каса – пациентските листи, за което отново използвам случая да им благодаря. Така, преминавам нататък.

Ние още от начало имахме известни хипотези относно това, какви ще бъдат здравнонеосигурените. Че това ще бъдат предимно млади хора с ниско и средно образование, че те ще живеят в домакинства с ниски доходи и че ще има засилено присъствие на малцинствата. Сега, когато минем нататък ще видите кои от тези наши хипотези се оправдаха.

Действително сред здравнонеосигурените има един голям дял на младите хора, в смисъл под 30 години е по нашата дефиниция, която сме използвали в случая. Те са около 30%. Но като цяло разпределението добре

отразява населението в страната. Като цяло – не сме открили нищо странно, но здравнонеосигурените се самоопределят като бедни и само една много малка част – между 5% и 6%, считат, че принадлежат към заможните домакинства. Аз считам лично тази находка почти за тривиална, но имаше доста дебати преди това в публичното пространство, че може би това са или заможни хора, които са недоволни от качеството на системата или други пак заможни хора, които пътуват в чужбина. Значи като цяло, можем да кажем, че това не е истина, макар че и тук ще направя една уговорка: Тези, разбира се, които са били в чужбина към момента на посещение, когато ние сме изследвали нашата съвкупност, по разбираеми причини не сме могли да ги анкетираме. Но ние сме питали колко от хората са били преди в чужбина. Мисля, че около 17% са казали, че ходят редовно. Така че част от хората, пътуващи в чужбина са били обхванати от нас. Но общият извод е този, който виждате, че става дума като цяло за нискостатусни групи.

Питали сме хората защо, какви са причините те да са здравнонеосигурени. И както виждате безработицата е посочена с голямо предимство. След това, хората споменават за това, че ще им се налага да доплащат. Мисля, че около 17% бяха тук. Не ги виждам съвсем добре. Но втория по-малък стълб казват, че те и без друго ще трябва да доплащат, въпреки, че са здравноосигурени и това поражда у тях известно недоволство, разбираемо. Може би част от тях са били и жертва на корупцията и на сенчестите плащания в здравеопазването. Те не са все пак чак толкова много. И има една друга част, които откровено казват, че не им достигат средства, без да коментираме дали са заети или не. Те са почти толкова, колкото предишните. Това са всъщност трите основни причини, които самите здравнонеосигурени са изтъкнали пред нас.

Този въпрос смятам, че е интересен. Ние също сме се опитали да разберем, от къде те са разбрали, че са здравнонеосигурени. По какъв начин са стигнали до този извод. И виждаме, че някои, около 1/3 просто знаят, че те не са внасяли никога здравни вноски и естествено знаят много добре, че са здравнонеосигурени. Други са го научили едва, когато са влезли в контакт със здравната система и са имали нужда от някаква медицинска услуга. Примерно, в голямата си част това са хора, които са го научили, когато са посетили

общопрактикуващ лекар и са разбрали всъщност, че за тях тази услуга няма да може да бъде безплатна.

Питали сме хората и от кога те са здравнонеосигурени. Тук искам специално да уточня, че всички тези отговори са според информацията, която те имат. Не означава, че трябва да я приемем за чиста монета, защото много от тези хора са и зле информирани за системата. Но така или иначе това показва това, което те знаят. Отново един процент, който е около 1/3 казват, че никога не са били здравноосигурени. Той съвпада с предишния, което ни кара да мислим, че тези са добре информирани хора, които знаят за здравноосигурителния си статус, но нищо не могат да направят по въпроса. Но други, една не малка част всъщност, казват, че са отпаднали да речем през последните 7 до 10 месеца, както виждате 24%. Има и по-малки проценти, общо сумирани около 6%, които са отпаднали през последната половин година. Което показва, че динамиката всъщност на този процес – че той продължава. В смисъл някакви хора продължават да изпадат от здравноосигурителната система. Което не е добре. Това не са само някакви трайно неосигурени, които присъстват там нон-стоп ами се появяват нови.

Попитаме хората и дали те са търсили някаква подкрепа от държавни институции за решаване на този техен проблем, тъй като това очевидно е голям проблем в личен план. И се оказа, че всъщност твърде малко от тях са търсили. Някои от тези, които са търсили, всъщност не малка част са разбрали, че не могат да получат такава подкрепа и са получили отказ. Допълнителни въпроси, които сме задали показват, че нетърсенето на помощ се дължи основно на две причини. Първата е липса на доверие в институциите, които потенциално биха предложили такава помощ. Тази липса на доверие, разбира се, се оказва, че не е необоснована, защото тези пък, които са опитали в голямата си част не са успели. Така че зад недоверието има някакви обективни фактори, които го определят. И на следващо място идва разбирането, че прибегването до някакъв вид социално подпомагане в каквато и да е форма е стигматизиращо, в смисъл че е недостойно. И това не е характерно само за България. Този феномен е добре познат. И аз смятам, че съвременната социална работа има много начини това да бъде преодоляно и този проблем да бъде решен. Но разбира се тази нагласа до голяма степен зависи и от това, какви послания изпращат водещите фигури в политическия живот по медиите и

в публичното пространство. Според мен основните послания в България, които получаваме напоследък е, че този вид състояние на бедност или на проблеми е до някъде по вина на самия човек, в 90% от случаите и е недостойно. Така че аз не се учудвам, че има такова разбиране.

Голяма част от здравнонеосигурените не са посещавали всъщност общопрактикуващ лекар през последните 12 месеца. В смисъл може като цяло да кажем, че те по-слабо ползват, потребяват здравни услуги. Което можем лесно да се досетим и без да сме правили допитването, че ще бъде така. Въпросът е: “Защо е това?” И тук има два възможни отговора: Единият е, че те са по-здрави и затова е съответно линията на аргументацията защо те не се осигуряват. А другия е просто, защото нямат достъп, който им е отказан поради това, че не са осигурени и нямат средства да си осигурят по частни канали достъп в системата. Ако гледаме отговора на субективните въпроси за здраве можем да решим, че вярното обяснение е първото и аз съм срещал тази аргументация. Аз смятам, че тя е напълно погрешна. Наши изследвания например сред ромски общности, включително и това, включително и многоцелевото проучване на домакинствата от 2007 г., което проведохме със Световната банка, показва че системно примерно турците се чувстват в по-добро здраве от българите, ромите се чувстват в още по-добро здраве от турското малцинство, а неосигурените турци и роми се чувстват в най-добро здраве. Значи обяснението според мен е известно от изследвания в други страни, че просто сред тези групи, където здравната промоция също е на много ниско ниво, разбиранията за здраве са свършено различни и примерно един човек, който не е в непосредствена опасност за живота си, така да кажа, да е трябвало да търси спешна медицинска помощ, като цяло може да декларира, че той е здрав. Тоест тук отново има нужда от програми, които да променят всъщност тези разбираня за здраве.

Минавам сега набързо през основните показатели за бедност, които сме установили сред здравнонеосигурените. Първо е монетарният показател, като парични приходи. При тях 60% от медианния доход е 100 лв. А линията на бедността за България за 2007 г. официално определена е 152 лв. Тя е по същия метод на Евростат: 60% от дохода на този, който е точно в средата, когато подредим всички хора, всички домакинства по доходите им. И се оказва, че 45% от здравнонеосигурените са под тази линия на бедност от 152 лв. Ако

не се лъжа, средно за страната е около 15 – 16%, т.е. виждате че става дума за равнища на бедността, които са доста по-високи. Субективната бедност също е доста висока. В смисъл ние сме питали те как се чувстват, къде биха се поставили в социалната йерархия и като цяло отговорите показват ниския социален статус.

По отношение на образованието, не се установи специален ефект от самото образование върху това някой да не се осигурява. Това не означава, че сред здравнонеосигурените не присъстват повече отколкото в населението хора с ниско образование, но това се дължи и изцяло се обяснява през етническите малцинства, които присъстват там. Иначе ако сравним отделни етнически групи виждаме, че сред здравноосигурените и неосигурените процентите са едни и същи. Но пък малцинствата са свърх представени сред здравнонеосигурените отвъд, особено ромското малцинство, отвъд процентите сред населението.

По отношение на жилищните условия също установихме, че при тях като цяло повече са многочислените домакинства, които живеят в пренаселени жилища. Но разликите не са чак толкова големи.

И накрая последния ни анализ е за т. нар. многомерна бедност. Това означава, че гледаме не просто някой дали има достатъчно пари, а дали това се съчетава с определени лоши обстоятелства по отношение на неговото здраве, по отношение на неговото образование, по отношение на жилищните му условия. И открихме, че при здравнонеосигурените, ако гледаме тези, които са бедни по четири и повече, по три и повече показателя, там виждате тези нарастващи всъщност стълбове. При българите е първият, лилавият, той намалява. В смисъл много малко българи са жертва например на многомерна бедност или здравнонеосигурени. А пък при малцинствата и особено здравнонеосигурените малцинства е силно представена многомерната бедност. Т.е. ако някой няма достатъчно пари, обикновено той ще бъде и болен, ще живее в лоши жилищни условия и може би ще има и ниско образование. Смесът на този анализ е в това, че един човек, ако е само в едно измерение беден, има личен ресурс да се измъкне. А ако е беден в много измерения, по принцип той не може да се измъкне от това състояние, защото няма опора в нито една сфера.

Това е накратко нашият анализ и с това мисля, че можем да продължим нататък. Имаше идея да има изказване на г-жа Тодорова. Аз не знам дали е тук. Тя няма да може да дойде. Така че ще дам думата тогава за кратко в началото на дискусиата на нашия икономист Георги Ангелов, който също накрая има една част, касаеща макроикономически анализ за състоянието на системата. И смятам, че това е начало вече на дискуссионната част от днешната ни среща. И след това ще продължим с други желаещи. Жоро, заповядай.

Георги Ангелов – Старши икономист, Институт Отворено общество-София:

Благодаря. Аз няма много да се спирам, няма да правя дълго изказване, защото все пак фокусът на изследването е здравнонеосигурените, не толкова реформите в здравната система. Но така или иначе ние виждаме, че те в някаква степен са свързани. Например това, че никой не е направил подобно изследване 10 години след началото на реформите показва, че никой в държавната власт, държавните органи, Здравната каса и т. н. не се чувства задължен да го прави. Т.е. никой, нито здравната каса, нито министерството не е счел за необходимо да види защо има неосигурени хора, как те не попадат в нито една социална и осигурителна система и какво може да се направи по този въпрос. Това е показателно в някаква степен за мисленето да кажем на здравната каса, която си казва: аз си се интересувам от осигурените, неосигурените понеже не са осигурени, значи не са моя отговорност. Кое би трябвало да бъде точно обратното. Здравната каса би трябвало да се интересува от неосигурените, защото те са потенциално осигурени, ако тя успее да ги привлече за осигуряване. Включително ние виждаме, че има хора, които не са осигурени именно заради това, че се оплакват от недостатъчно доброто качество на услугите на самата Здравна каса. Те казват: Дори да се осигуря пак ще трябва да плащам. Тогава защо да се осигурявам? Тоест има и проблеми вътре в самата здравна система, които намаляват осигуряването. Друг е въпроса доколко хората имат информация. Виждаме, че в много случаи те казват, че нямат информация. Тоест дори информационно не се работи достатъчно добре с тях. Нямаме играч в държавната сцена, който да се интересува от тези хора. Ние в някакъв смисъл с това изследване се опитваме да заместим липсващия такъв играч в държавните органи. Някой който да види

какви са тези хора и от там да започне някакъв дебат какво да се прави. Като знаем вече горе долу какъв е техният социален статус. Вече имаме разбира се и по-дълбок анализ с предложения, с проблеми в самата система и т. н. Така че това е политикономията на въпроса. Понеже никой няма стимул от държавните органи, никой не е направил подобно нещо. Би трябвало да се вкара някакъв подобен стимул, да кажем в стимулите на здравната каса. Вторият въпрос, естествено както виждаме това означава, че трябва да се промени, променя здравната система. Включително виждаме, че хората искат промяна в здравната система и това е на първо място сред исканията за реформи.

Но проблемът според мен, поне аз доколкото го наблюдавам няколко години, е че винаги в средата на мандата се сменя министърът на здравеопазването. Съответно тъкмо някой министър горе-долу има някаква визия, какво трябва да се прави, написал е някаква програма за реформа на здравеопазването и те го сменят. Идва нов министър, който казва аз ще започна наново да мисля какво да се прави и започва наново да пише програми. И сега виждаме сегашния министър вероятно вече е готов с програмата за реформи, само дето след един месец няма да може нищо да направи. Същият пример беше образованието дълги години, но в този мандат министъра на образованието не беше сменен в средата на мандата и изведнъж все пак успя да прокара матури и още две, три такива неща. Тоест имаме и обратния пример как чисто политически, ако министърът има ясна визия и се държи по-дълго време може да прокара някакви реформи. Значи това е другия политически аспект на реформата.

И третия го знаем – споровете в тройната коалиция на практика блокираха реформите и доведоха до това, че беше увеличена здравната вноска като условие да започне някаква реформа, но увеличената здравна вноска нито носи повече пари на системата, нито пък започна реформа. Така че пак сме в патова ситуация.

И ако го свържем вече и, така последно което ще кажа, с влиянието на кризата, това което имаме като история последните 10 години, некризисни години, е че всяка година има дефицити и в болничната система и Здравната каса дава допълнителни средства от бюджета и това е възможно понеже всяка година имаше големи излишъци. Но сега при кризата това няма да е възможно. Тоест тази година всички дефицити на системата ще излязат наяве и то не

само ще излязат ами ще бъдат почувствани доста осезаемо и от самата система, и от хората, които са пациенти, осигурени и т. н. Тази година вероятно ще видим съвсем ясно всичките дефицити на системата, които са се натрупвали в последните години и които не са решавани понеже е имало пари и е можело да бъдат покрити. Но тази година ще бъде трудно да бъдат покрити. Виждаме, че дори сегашния заложен бюджет, излишъка в здравната каса въобще няма да се появи, но дори заложените разходи може би ще е трудно да се постигнат и вероятно ще трябва да има някакви намаления. Въобще не можем да говорим за допълнителни харчения в края на годината. Тази година наистина ще бъде тежка и наистина ще се открият тези проблеми, които бяха скривани успешно под килимчето години наред. И ми се струва, че това би било добре да се използва като стимул, заедно разбира се с доклади като този и особено този доклад да се види на практика къде са проблемите и да започнат те да се решават, а не просто намалението на средствата в системата да води до просто рязане или просто намаление на разходите, което дългосрочно няма да промени самата система. В този смисъл се надявам все пак кризата да стимулира повече реформи, а не по-малко реформи. И разбира се реформи базирани на подробни аналитични доклади. Всъщност къде е проблемът, кои хора не са в системата, защо, как да ги вкараме и какви са вътре проблемите в самата система. Благодаря.

Боян Захариев:

Така, сега ще дам думата и на нашите партньори, в лицето на д-р Мими Виткова. Заповядайте, г-жа Виткова.

д-р Мими Виткова:

Уважаеми дами и господа, екипът, поставяйки си основната цел да изследва групата на здравнонеосигурените лица и виждайки и вглеждайки се в резултатите от това проучване, моделирахме своето поведение да направим един анализ на разходването на публичните средства за здравеопазване в страната, в годините, в които модела на финансиране беше сменен от данъчен с осигурителен. Мисля, че за хората, които проявяват интерес към тази материя, ще се намерят доста интересни данни и изводи. Направили сме ги с най-доброто желание да бъдат ползвани именно от хората, които ще вземат

управленските решения оттук насетне. При старта на реформата в областта на финансирането на системата, като че ли се създаде едно впечатление, че сменяйки модела на финансиране, от данъчен с осигурителен ние ще решим едновременно всички проблеми на здравната система. И на работещите в системата, те ще бъдат удовлетворени и на обществото, което и тогава имаше своята неудовлетвореност от здравната система. Голям за нас проблем е това, че доста дълго време подобни анализи липсваха. Т.е. ние като общество, като експерти и политици не мониторирахме резултатите от промените, които бяха направени в едно или друго направление. От което съвсем логичен е изводът, че няхмахме и ясните ориентири дали вървим по правилния път или в движение трябва да коригираме някои неща. Непрекъснато през този период от време гласовете, които звучат най ярко са: “Парите за здравеопазване не достигат, да дадем повече, повече и повече.” Да и това се случва. Виждате, че цифрите са красноречиви в това направление. Ако брутният продукт на страната се увеличава с около 170%, разходите за здравеопазване нарастват с около 190%, т. е. те изпреварват темпа на нарастване на брутният вътрешен продукт. Цената на здравната услуга в България расте, обаче разпределението на тази цена между солидарните средства, обществените средства и личния джоб е несправедливо. Ако разходите за здравеопазване в публичния сектор у нас като съотношение публичен – частен сектор са 60%, за публичния сектор, в Европа този процент е 73%. При нас разходите на домакинствата за здравеопазване от 1999 г. досега нарастват с 402%, докато публичните средства за здравеопазване нарастват с около 200%, даже под 200%. Два пъти разходите на хората за здравеопазване са нараснали. И именно затова това съотношение между публични и частни средства у нас и в Европа е доста различно. 60% у нас, 73% в Европа. Тези, на които им предстои да вземат решение трябва да направят така, че обществото, което ние знаем, че е бедно и твърдим, че не можем да увеличим много разходите за здравеопазване, тези разходи, които човек плаща от джоба си, трябва да направим така, че те да влязат в солидарния джоб. За да можем наистина да ги използваме и да ги консумираме в здравната система така, както се прави в цивилизована Европа. В противен случай ние ще натоварваме най-ощетената част, това са болните хора.

Доста сериозен проблем на системата според нас е липсата на всякаква статистика. Твърдя на всякаква статистика в извънболничния сектор и на доста изкривена статистика в болничния сектор. Тоест, когато се вземат управленски решения за достатъчност и за необходимост от средства и за техния приоритет къде и как да бъдат насочени, е абсурдно това да става без наличие на каквато и да е статистика. Извънболничната помощ в България вече години наред няма нито една цифра в статистиката. Първо от какво боледуват българските граждани? Ние нямаме заболяемост и вероятно сме уникална държава в Европа. Заболеваемост по обръщаемост на населението в България няма, тъй като в Закона за лечебните заведения пише, че тези статистически данни задължително се подават от всяко лечебно заведение при поискване. Ние се изправяме като общество пред елементарния проблем кой трябва да поиска от лечебните заведения статистическите данни от какво боледуват българите. Защо ходят на лекар и какви са техните диагнози там? Болничната статистика е тежко деформирана в годините поради двойственото финансиране министерство - каса, а сега поради това, че за да се приеме човек в болница трябва да попадне в определена клинична пътека и това е свързано с икономическия интерес на болниците.

В същото време смяната на модела на финансиране изобщо и теорията и практиката на осигурителните системи, потвърждават извода, че те са системи, които стимулират качество на медицинското обслужване, работа в интерес на гражданина, в интерес на осигуреното лице. Виждаме, че от резултатите от анкетите проведени у нас, това не е така. Българските граждани не усещат по-добро качество на медицинското обслужване от вече доста години сменения модел на финансиране. Това е сериозен проблем на системата и заслужава специален анализ. Осигурителните системи наливат повече средства в превенция, в извънболнична помощ, която е по-евтина и съответно не допускат развитие на заболяването и консумиране на скъпа медицинска помощ. У нас и това не се случва. Ние за всичките тези години сме свидетели, че нарастват непрекъснато хоспитализациите и се наливат непрекъснато повече и повече пари в скъпата болнична помощ. Излязоха интересни доклади и анализи на чуждестранни експерти, за съжаление наши няма, задълбочени по този проблем, но системата трябва да отговори на този въпрос защо се случват тези неща. Дали става дума за некомпетентност на

структурите на извънболнична помощ? Дали става дума за лоша организация на извънболничната помощ? Или става дума за чисто комерсиални моменти и комерсиално насочване и свръх хоспитализация. Това са сериозни проблеми тъй като те са свързани и със здравето на хората и с консумирането на повече обществени средства.

Мисля, че анализите, които сме предоставили поставят и много други въпроси, като примерно този: системата е в непрекъснат дефицит. Ние сме свидетели на това, че дефицита, който се формира на ниво обществено здравно осигуряване, там дефицит няма. Касата завършва почти всяка година, особено последните две на нула. Предишните, дефицитът се покрива от излишъци, които касата трупа. В същото време лечебните заведения и особено болниците, са си в хроничен преразход на средства и дефицит на средства. И тъй като системата на договаряне има елемент, че когато парите свършат Касата казва: До тук, да тя има лимитирани средства, дефицитът в общественото здравно осигуряване моментално се прехвърля върху лечебните заведения. Би трябвало контролът върху разходването на средствата да е бил достатъчно ефективен, до степен, че ако това са потребности от хоспитализации, действително извършени услуги, тогава трябва решенията да бъдат на друго място. Да, средствата са недостатъчни, те трябва да бъдат увеличени на ниво каса. Но тъй като и контролът ни е недостатъчен хоспитализациите нарастват. Ние не сме наясно на практика как ще решаваме този проблем. Ще продължаваме ли да трупаме дефицити в болниците, да търсим в края на годината възможности да ги покриваме, които видно вече се изчерпват или ще предприемем някакви други действия.

Държа да отбележа и това, че т. нар. основен пакет от здравни услуги, който се финансира с обществени средства, за съжаление у нас той никога не е подлаган на актюерски анализи, за да може да се изчисли степента на риска. Едва дали и най-виртуозният актюер би могъл да направи това, след като той няма статистически данни. Актюерските разчети почиват на базата на анализ на статистически данни. Дори исторически ако погледнем, бихме могли да направим известни анализи за риска и за това какво можем да покриваме с парите, които отделяме в обществената здравноосигурителна система. Дали трябва да свиваме пакета или ако това политически е нецелесъобразно съответно да увеличим средствата за него. Такива анализи не се правят,

поради което и критериите, които са възприети за разпределение на средствата по отделните направления в системата не са най-коректните. Особено в болничната помощ ние сме свидетели на това, че въведеният критерий клинична пътека и начинът, по който е формирана цената на клиничната пътека, носи в себе си много висока доза на субективизъм, поради което отделни направления в медицината и в здравеопазването са свръх финансирани, други са тежко подценени. Това свръх финансиране се появява на повърхността с тежки диспропорции във възнагражденията на медицинските специалисти, което обрича системата в недалечно бъдеще да бъде лишена от цели профили медицински специалисти и съответно в момента носи риска от свръх потребление на най-скъпите медицински услуги.

Бих си позволила да спра до тук тъй като вероятно ще има и въпроси, които материала поражда, но това са неща, върху които си заслужава следващите управленци да помислят сериозно. И според нас невземането на решения по тези проблеми, отлагането на решенията за бъдещето носи повече рискове, отколкото да бъдат предприети някои т. нар. непопулярни мерки. Тъй като и такива мерки виждаме, че обществото е готово да приеме, стига те да бъдат разумни, да бъдат логично обяснени и съответно резултата, който очакваме от предприеманите мерки да бъде преценен по отношение на риска – да не влоши сегашното състояние повече отколкото е сега. Благодаря ви.

Боян Захариев:

Благодаря Ви д-р Виткова. Ами сега ще очаквам другите участници също да коментират тази трудна тема. Там сме сложили някои въпроси, които ние считаме за релевантни, на които ако някой има предложения за мерки, за политики, които могат да дадат отговор на тези въпроси, ще бъдем много благодарни. Разбира се не казвам, че това са единствените. Това са тези, за които ние основно сме се сетили и те касаят двата проблема: Тези които могат, но не са мотивирани да участват в системата по някаква причина как да бъдат върнати, а на тези, които не могат по социални причини как да им бъде помогнато да имат достъп до здравната система. Всъщност това са основните въпроси.

д-р Иван Кокалов – Вицепрезидент на КНСБ:

Благодаря ви. Тук съм в качеството на вицепрезидент на КНСБ, д-р Иван Кокалов. Въпреки че ще взема отношение и като член на Управителния съвет на Касата по някои проблеми, които са от икономическо естество. Разбира се 2007 г. ги нямаше, но сега ги има. И които касаят прихода и от там разхода, естествено директно и върху достъпа.

Преди това обаче искам да задам един въпрос, за да можем да бъдем, как да кажа, сравними с проблема с другите страни от Европейския съюз. Защото аз не видях и не чух какъв е процентът на неосигурените в другите страни членки на Европейския съюз, но такъв също има и при тях. И доколкото нашия е много над този процент, много под и т. н. За да може да се сравняваме всъщност с проблема тъй като той е всеобщ, той не е само български.

Да се спра на новото, което в 2007г. го нямаше и което икономистите го знаят и което оказва пряко отношение към проблема здравнонеосигурени. Аз няма да влизам в дълбочина като д-р Виткова. Уважавам нейните разсъждения, но те касаят цялата система. Тя е интегритет разбира се, тя е свързана и няма как да говорим за здравнонеосигурените и да не навлезем в системата. Но аз ще гледам да се въртя само около този проблем със здравнонеосигурените, тъй като гледам първия булет там “Как да ги върнем?” аз мисля, че една голяма част от тях изобщо не са били, за да ги връщаме. Тоест по скоро как да направим възможно тези хора да имат нормален достъп. Защото тук няма поканен човек, който представлява здравния мениджмънт, за да чуете вечния техен проблем как те инкасират загуби, когато лекуват такива болни и няма кой да плати за тях. Всъщност проблемът е, кой трябва да плати за тези болни. Съжалявам, че тук няма политици. Тези, които всъщност трябва да вземат решенията. Няма никакъв представител тук от тях. Ни от сегашните, ни от бъдещите. Но сигурно ще ползват материала. Въпреки че, правя една скоба, такива материали и разсъждения върху този проблем имаше Икономическия и социалния съвет на България. Но никой не чете. Както казваше чукчата нали: “Чукча писател, той не читател”. Много материали има, но никой не ги чете. Защото част от проблемите, които ние разглеждаме тук, не са нови.

И сега към здравнонеосигурените лица в наше време се прибавят една група, една категория, която е видна от статистиката, която получава и касата и която я взима нали и от НАП и от НОИ, това са самонаетите,

самоосигуряващите се. От началото на годината се вижда, че средствата, които се планират и които са получавани от тази категория хора намаляват. Значи те са някъде вече около 30%, 33% от тези, които са били миналата година. Тоест посивяването на икономиката всъщност поради икономическата криза увеличава броя на неосигурените лица. Това не са роми. Надявам се, че повечето от тези са не роми. Тъй като ромите са в тази категория, която според мен една голяма част никога не са плащали и не са били в системата. Тях не можем да ги върнем, тях трябва да ги покрием. Тук става въпрос вече за политически решения по какъв начин този фонд, който мисля, че беше създаден под опеката на Министерство на труда и социалната политика, трябва да покрива разходите на такива хора в неравностойно положение. Тук разбира се не искам да вляза в изискванията за достъп към социално подпомагане, защото всеки един от нас, може би и вие сте слушали, как даже ако имате само един автомобил, който може би е на 20 години и може да го продадете за 100 лв. вече ви лишават от правото на достъп към социално подпомагане. Тоест прецизирането на тези лица, които и в това изследване се самоопределят като бедни. Аз така на шега ще кажа, че може би много малка част от българския народ, ако го срещнете на улицата и го попитате какъв е, повечето ще се определят като бедни. Въпреки, че като въведете критерия се оказва, че е съвсем различно. Но българинът по принцип обича да се оплаква. И от тази гледна точка бих искал да кажа, че въвеждането на здравноосигурителната система на българска почва, според мен доведе до някои от неблагоприятията, защото за съжаление солидарността не е ценност на българското общество. А моделът на здравните вноски се базира на солидарност.

И от тая гледна точка да говорим за реформи в здравеопазването, скоро с един колега говорихме и той така на шега ме попита: “Д-р Кокалов, коя от системите в България, е по-реформирана от здравеопазването? По-реформирана? Значи пътищата ни ли са по-добре, образованието ли е по-реформирано, сигурността ли, МВР системата ли е по-реформирана?” Тоест ние, когато говорим за здравеопазването и всички казват тя не е реформирана система, трябва да продължат реформите, хайде да съпоставим с всички останали системи, които са реформирани и които осигуряват някакви услуги на това общество. Аз не съм против реформите в здравеопазването, но някак си заострихме вниманието върху реформите и гражданите очакват, че реформите

всъщност ще им осигурят по-добър достъп, по-добро покритие, а всъщност ние трябва да назоваваме нещата така, както и д-р Виткова каза. Годици наред тази система, независимо от реформите, които бяха направени, разбира се под налягането на Международния валутен фонд, Световната банка. Вие знаете, че над 50 – 60 000 работни места бяха закрити. Да не говорим колко болнични легла. Тоест тази голяма система, раздута както се казваше, доста се реформира. Разбира се, ефектът във връзка с това, че въведохме една система, която беше малко по-далеч от разбирането на българското общество и по-скоро беше очакване на работещите в здравеопазването и тя беше проведена малко или повече с участието на тези, които дават услугите и всъщност очакваха повече. Тоест, че ще станат по-богати с въвеждането на новата система. Тъй като дефицитите, които и вие цитирате, от порядъка на 200 – 300 милиона, се унаследиха в годината. Аз не зная, но здравната система винаги завършваше годината с горе-долу такива дефицити. Благодарение на доброто развитие на икономиката имаше кой да плати. Сега обаче, както се вижда няма да има кой да плати и трябва да се взимат мерки. Разбира се, тъй като беше цитирано в материала, включително и предложеното от Финландия здраве във всички политики, то между другото мисля, че в мотото на нашата нова здравна стратегия фигурира това, трябва да се вземат конкретни мерки точно в интерес на пациента. Тъй като интересите в здравеопазването са най-различни. Те са политически, те са корпоративни, съсловни, но в края на краищата промените, които трябва да се правят е да се увеличи достъпът, да се направи по-справедлив. А тук мерките според мен са комплексни. Тук няма една дума, която може да отвори пещерата, а всъщност трябва да има конкретни мерки. И не само проблемът, че вътре в тройната коалиция не могат да се разберат каква да бъде реформата. Аз мисля, че изобщо политиките не са наясно и в дебатите, които в обществото се чуват. Предполагам вие ще ги видите и в бъдещите програми, защото аз ги видях и в миналите програми. За съжаление една от най-слабите части на тези политически програми е точно реформите в здравеопазването. Тоест инструментариума, с който се предлага да се подобри качеството и достъпа. Той или съдържа голяма доза популизъм, или съдържа огромна доза неолиберализъм, т.е. съвсем пазарно здравеопазване. А истината винаги е някъде по средата. Тук ще назоваваме нещата от гледна точка на доходи, кой по-беден, кой трябва да плаща. Апропо,

държавата продължава да бъде неадекватен, да използвам тази дума, осигурител, тъй като тя осигурява на по-ниски нива отколкото работодателя и работника. Средствата, които дава държавата са много по-малко и те са назовавани. Самата държава не е, как да кажа, не е коректна в отношенията си като осигурител. Законово трябва нещата да се променят в тази посока. За да бъде и по-прагматичен .

Второ действително трябва да имаме разрез и да видим, коя е преобладаващата част.

Боян Захариев:

Ще ви помоля да бъдете по кратък.

д-р Иван Кокалов:

Да, аз се опитвам. И ще завърша с няколко предложения от тези. Едното беше за държавата.

Второто е този пакет от здравни услуги, за който действително няма актюерски разчет на риска, всъщност е по-скоро политически отколкото здравен пакет. И това, че той покрива всички болести не значи, че самият той създава справедлив достъп. Тъй като всички ние, които познаваме системата, знаем колко пари трябва да се доплащат за определени заболявания от пациента, което всъщност го отказва или прави невъзможно да лекува съответното заболяване. Трябва да се вземат мерки или да се детерминира пакета спрямо наличните средства и да се търсят механизми вече за доплащане, доброволно и по-активно участие на държавата. За да не се лъжем както се казва един друг, че виждаш ли държавата осигурява здравен пакет и достъп, а в същото време вие трябва да доплащате много пари в зависимост от това за какво ви лекуват.

И по отношение на вече специално малцинствените групи и то ромите, аз мисля, че първо ние трябва да имаме по-добра статистика и второ там трябва да има конкретен фонд, който да покрива тези разходи, тъй като според мен не е справедливо ние да ги прехвърляме върху болниците ще кажа, защото най-често до там се опира, те да поемат тези, как да кажа, болни. В същото време никой да не плаща за тях. Някой действително трябва да плаща разходите, които се правят. В противен случай ние демотивираме и така създаваме

разбира се и несправедливост към достъпа, тъй като никой не желае да лекува такива хора, които са здравнонеосигурени. Тоест ние сме мисля тук и завършвам с това, част от мониторинга на съществуващото положение след въвеждането на новата система и за което отдавна се апелира, за да могат да се вземат адекватни мерки. И мисля, че като благодаря за поканата и за възможността, първо благодаря за информацията, която дава този материал, ми се струва, че дебатът от професионален и експертен по-скоро трябва да стане политически, с участието на тези, които трябва да имат ясна визия какво трябва да се променя в здравната система в интерес на пациентите. Благодаря ви.

Боян Захариев:

Благодаря Ви. Ние ще се върнем към вашия въпрос, но накрая след като чуем и други изказвания.

Заповядайте. Могат да се задават и въпроси, да. И моля да се представяте, тъй като се прави запис на цялата среща. Не знам дали ще се чува обаче на записа ако не сте на микрофон. Ако може да използвате един от микрофоните, за да зададете въпрос и да се представите.

Светлана Жегова, в-к Пари:

Имам два въпроса. Единият е към д-р Мими Виткова и той е свързан с това все пак да каже някои от непопулярните мерки. Това, с което завърши. Много от тях са коментирани нееднократно. Закриване на болници и т.н. Но все пак да видим в момента тя какво предлага. И във вашето изследване така ме озадачи нещо, че изобщо не се говори за хората, които живеят и учат в чужбина. Това са студенти, емигранти и др. Така дори ни най-малък намек имаше за техния дял от този общ процент от три милиона, които са. Благодаря.

Боян Захариев:

Аз само втория въпрос, понеже отговорът е кратък и след това ще дам думата на г-жа Виткова. Всъщност аз в началото споменах, че ние нямаше как да анкетираме тях. Само косвено те са попаднали в нашето изследване, тъй като част от тях, общо взето 17% от нашата извадка, са били в чужбина. Но те вероятно са повече, защото е имало някаква група, която трайно не е тук и към

момента на изследването не е била в България. Изследването на тази група е много скъпо както се досещате и даже не мога да се сетя за добър метод да ги издирим и да влезем в контакт с тях. Ако други екипи могат да го направят, би било добре. Така че аз направих тази уговорка. Това е единият дефицит и вторият както казах е, че липсват земеделските производители и хората от селата. Но въпреки това мисля, че поне някаква картина сме успели да дадем на проблемите.

Заповядайте д-р Виткова. Ако може да отговорите на този въпрос, ако знаете отговора в кои други европейски страни има здравнонеосигурени и какъв дял са те.

д-р Мими Виткова:

Аз не мога да посоча точния процент на всяка една от страните. Да, такива групи има. Въпросът е как социалните мрежи ги поемат тези групи. И това, което и ние сме представили в материала е именно не системата да се отвори изцяло и да поеме и тези, които имат доходи, а тя да бъде достатъчно динамична и гъвкава и да реагира моментално, тъй като българските граждани по Конституция здравното им осигуряване е тяхно право. То не е задължение. Това право се реализира, тези, които имат доходи си плащат осигуровките, тези, които нямат доходи съответно обществото солидарно им помага да получат същите базови здравни грижи. Така че проблемът не е в процента да се сравняваме с другите страни, а да си сравним социалните мрежи дали наистина те покриват нуждаещите се. Напълно съм съгласна, че наличието на автомобил, дали това е критерия или наличието на прекосяване на границата, за да берем маслини. Без да са откъснали и една маслина, похарчили и последните пари за път, връщането им в България ги изхвърля от системата. Това са критерии, които ограничават достъпа, както и в случая, че макар и не толкова големи като брой, колко 200 000 ли колко души им е отказано. От тези пари, които са заделени във фонда за болнична помощ имат отказ. Значи субективното чувство за бедност, невъзможност да си платиш здравната осигуровка, не кореспондира с изработените от държавата критерии за включване в системата. Ето тук за нас е проблемът как критериите да станат адресирани към съответния човек, да не допуснат и един човек да бъде лишен от здравни грижи, ако няма доходи и тук е връзката между социалните служби и

съответно системата на здравеопазване. Така че аз на този проблем бих погледнала по този начин.

Интересно е нещо друго, което излиза от проучването за живеещите в чужбина, ако позволите - това право, което те получиха, да им бъдат опростени задълженията в последната година. Ние виждаме, че от това право не са се възползвали толкова много граждани. Като брой на здравнонеосигурени през 2008г. ние нямаме много голямо намаляване на броя на здравнонеосигурените. Така че видно броят на живеещите в чужбина, които дължат вноски или които биха могли да им се опростят задълженията не попада в значимите числа на статистиката, че те правят големия брой на здравнонеосигурените.

Колкото до въпроса Ви за мерките и тяхната непопулярност. Бих започнала от пълното съгласие с д-р Кокалов, че най-големият проблем при нас в България е именно липсата на политическа воля у всяка една от политическите партии да формира своя експертен капацитет, който да доведе до ясни политически виждания и решения какво да се прави в здравната система. Ние се люшкаме или не правим нищо, защото ни е страх как ще реагира обществото на това. Откъдето проблемите се и задълбочават. Мисля, че с това проучване един от митовете как средствата за здравеопазване в България са много по-малко отколкото в страните от Европейския съюз е разбит. Ако съберем частните разходи и публичните разходи, ние сме със 7.7% от брутният продукт българското общество дава за здравеопазване. Това го има в таблиците. Европейският съюз като цяло отделя 8% от брутният си продукт за здравеопазване. Но съотношението е изкривено както ви казах. 73% в Европа са публични средства, у нас те са 60%. От тук насетне вече е как разпределяме тези средства. За какво ги даваме в здравеопазването. Като общество ако ние държим да бъдем солидарно общество трябва да си съберем парите като обществени т.е. да достигнем тези 73% и съответно да видим какво можем да финансираме с тях. Да направим баланса между пакета, който е задължителния и парите, които стоят. Тъй като ако нашето единствено право се свежда до това да си изберем и да си сменим джипито и от тук насетне 100% да сме изрядни към системата, но да сме се разболяли на 25-ти или на 29-ти от месеца и да не можем да получим никакъв разширен достъп, съответен на здравните ни потребности, това е един от факторите, който демотивира и най-изрядния платец да не плаща на системата. Така че първото нещо, което

трябва да се направи е именно да има този баланс говорейки за здравно осигуряване – между средства, които сме събрали и пакета, който ще финансираме с тях. Колкото до останалите непопулярни мерки, аз мисля, че те даже не звучат така непопулярно. Какво да реструктурираме, как да го реструктурираме? Първо аз не съм съгласна, че всичко в извънболничния сектор е изрядно и там реформата е приключила, ако резултатът от реформата е една дезинтегрирана извънболнична помощ, която лишава гражданина от възможността, като отиде до лечебното заведение да намери най-големия брой специалисти, възможно най-компактната диагностика и да реши проблема си с едно влизане в лечебното заведение. Да не го разкарва от единия край на София до другия между лекаря, лабораторията и еди какво си. Ние нямаме този резултат. Не че поликлиниките бяха прекрасно място, но те са място за интегрирана медицинска помощ. Дали ще ги кръщаваме поликлиники или каквото и да е друго, но като перспектива на извънболничната помощ е това – тя да бъде максимално интегрирана. Другото е гаражен тип медицина. Гаражен тип медицина имаме и можем да го посочим. Даже недалече оттук. На някои от журналистите аз съм показвала глаукомни кабинети в гараж. Говорят красноречиво. Или лекарски кабинети на третия, на петия етаж в жилищни кооперации. Не бих казала, че това са непопулярни мерки, ако трябва да изработим ясни прецизни критерии. Кой може да открива лечебни заведения? Къде могат да бъдат фиксирани? Така че те да отговарят на стандартите на лечебни заведения за извънболнична помощ на XXI век, не на XIX век. Или кои болници да откриваме и кои да закриваме? Не можем да откриваме до безкрайност. Ако ще се финансират с частни средства, всеки има свободата. Но ако ще се финансират с обществени средства, когато откриваме, трябва да закриваме. Разумно ли е едно общество да закрива изградени, съществуващи структури и да открива непрекъснато нови. Нито едните, нито другите ще бъдат добри, бих казала. Или непопулярна мярка ли е да държиш болници, които имат използваемост на леглата 2007 г. – 1%, 2008 г. – 0%. Гледахме такива данни със синдикатите наскоро в Министерство на здравеопазването. Маса болници в България през последните няколко години имат използваемост между 1% и 15%. Ами те стават вече обществено опасни. И местните власти трябва да бъдат настоятелни да се закрият тези структури за сметка на укрепването на извънболничната помощ. За сметка на организирането на

адекватен санитарен транспорт, който да отведе тези болни до една добре оборудвана и професионално добре стояща най-близка болница. Така че не смятам мерките за толкова непопулярни. По-скоро като че ли на политиците не им се влиза в дълбочина на проблемите, априори страхувайки се какъв ще бъде ефектът.

Боян Захариев:

Д-р Хинков, заповядайте.

Д-р Хинков – здравен експерт на Институт Отворено общество - София:

Благодаря. Аз ще се опитам да бъда кратък тъй като много от нещата, които исках да кажа, които ми бяха в главата в началото на тази среща, бяха казани тук по един или друг начин. Искам само да обърна внимание на две неща.

На първо място концепцията или философията на тази реформа, която започна през 2000 г. и която до сега се развива в някаква посока и управлението на този модел. Защото ако започнем на това ниво, това ще ни даде отговор на много въпроси в детайли, които тук биха могли да се задават. На първо място моделът, който беше... или поне беше концептуиран през 1999 г. предполагаше, че той ще се самоиздържа така да се каже. Тоест ще има един вътрешен баланс на входа и на изхода на системата, който ще се регулира от трипартидният принцип на договаряне между осигурители, изпълнители на медицински услуги и държавата в лицето на министерството. През всичките тези години този модел се промени и то драстично. Промени се в посока на одържавяване на Здравната каса, което доведе до нейната абсолютна невъзможност да прави каквито и да било актюерски разчети. Защото в крайна сметка нейният бюджет се приема от парламента. Това беше и в самото начало разбира се, но тя няма никаква възможност да договаря с изпълнителите нещо, което реално може да финансира. Аз няма да се спирам повече на този въпрос. Всички знаем, че ръководството на Здравната каса е доминирано от държавата. Участници в него, няма представители на пациентски организации, няма представители достатъчно на болниците, въобще няма представители. Д-р Кокалов ще ме поправи ако нещо греша, но мисля, че е така. Но въпросът е в това, че по този начин се получава един изкривен модел на увеличаване на

пакета от услуги. Защото ако забележите още от 2004 г., от 2003 г. извинете, дефицитът започва да нараства в Здравната каса. Успоредно с това се увеличава броят на клиничните пътеки. В момента те са над 300 т.е. покриват една голяма част от медицинските услуги в системата, а приходите на касата са същите. Даже намаляват както показва нашето изследване. Това говори, че моделът не може да се саморегулира. И това опира вече до политиката, държавната политика и отношението на управляващите. Независимо от каква политическа сила са, защото става въпрос за осем години период, към този модел. За съжаление това отношение е политическо. То не е експертно и в този смисъл то вреди на ползващите го, на пациентите. За да подкрепя това, което казвам, вече на ниво мениджмънт на самата здравна каса, ще ви покажа една друга графика, която е на 67-ма страница – динамиката на разходите на НЗОК. В тази таблица се вижда, че административните разходи се увеличават от 14.9 през 1999 г. на 37.1. Разбира се 1999 г. още цялата система не се включва, но вижте какво драстично увеличаване на административните разходи има от 2003 и от 2008 г. Това говори, че системата е неефективна. Здравната каса се управлява неефективно. Има достатъчно доказателства за това, как се формират клиничните пътеки. Това беше казано. Как се формира позитивният лекарствен списък, също така беше споменато. Аз няма да навлизам в подробности. Но ако мислим системата от тази позиция, може би ще си дадем отговори и на въпросите: “Какви мерки трябва да бъдат предприети, за да мотивират здравнонеосигурените да се върнат в системата?” И как да бъде реформирана системата, за да се намали несправедливостта. На първия въпрос и с това свършвам, мотивирането на здравнонеосигурените трябва да бъде чрез качеството на здравните услуги. Качеството на здравните услуги не може да бъде повишено, ако хората, които работят в системата, не получават достатъчно по силата на своя трудов договор. И трябва да си вземат допълнително тези средства, да си набавят доходи чрез допълнителни плащания от пациентите. И тогава разбира се, се затваря порочен кръг. По отношение на несправедливостта на достъпа, самите пациенти нямат мотивираност, както беше казано. Защото не е справедливо един, който може да си доплати да има достъп в системата и друг, който не може да си доплати, а това вече е норма макар и неписана да няма такъв достъп. Това е несправедливост. Благодаря Ви.

Боян Захариев:

Остава ни време общо взето за още две изказвания, три максимум и ще бъдете вие, вие и вие. И с това трябва да приключим. Зависи разбира се, ако са по-кратки може да успеем и още едно да включим. Заповядайте.

Д-р Божидар Нанев – председател на Български лекарски съюз:

Разрешете ми да се изкажа като представител на съсловната организация. Като представител на изпълнителите на медицинска помощ. Искам няколко кратки неща да спомена. И едно от тях е да напомня за първия анализ, който беше направен от европейските институции от Европейската комисия по здравеопазване. Първият мониторинг, който тя направи върху системата на здравеопазване в България, което разбира се е свързано и със смяната в здравното осигуряване, за неосигурените. Няколко акцента има в това изследване. Здравната система в България продължава да страда от недофинансиране. Не достигат пари за капиталови разходи, за ново строителство и медицинска апаратура. Тук ще повтора и д-р Виткова. Отделя се 7.7% от БВП за здравния сектор, но само 4.2%, тази година 4.17% дори от тях са публични средства, а допълнителните плащания за медицински услуги – официални и под масата, стигат до 40%. От тях 0.1% или 0.2% са от доброволните здравноосигурителни фондове. Разходите за здраве на човек от населението през 2006 г. са били едва €132. Най-ниското ниво в Европейския съюз. От 2008 г. вноската за здравно осигуряване е увеличена от 6% на 8%, като тези допълнителни средства се задържат като резерв извън финансирането на здравната система, за която се събират. Причина за ограничен достъп до лечението са регулативните стандарти, които се определят от Националната здравна каса. Според евроекспертите, препращането на пациентите към специалист се възпрепятства от недостатъчния брой талони, които получават семейните лекари от касата. Разбира се, посочват 1 000 000 здравнонеосигурени и ни дават пет ясни, кратки препоръки: Да се увеличат публичните средства за здравеопазване, да се повишат здравните вноски и събираемостта им. Аз тук не бих бил съгласен, че няма начини за събирането и че осигуряването е доброволен акт. Това е Закон за задължително здравно осигуряване. Дори имаме административно-

наказателни разпоредби как да се събират и който не плаща какви санкции да претърпи. Следващата препоръка е да се изготви методика за остойността на медицинските услуги. Да се подобри взаимодействието между НЗОК и лекарите. И най-важната препоръка според мен – да се въведе допълнително здравно осигуряване и данъчни облекчения за него. Тоест да се изгради минимум втори стълб на здравното осигуряване. Да се надгради здравноосигурителната каса като първи стълб. В тази връзка бих искал да кажа, че има няколко акцента. Всички сме наясно, че парите за здравеопазване не са достатъчни. Публичният ресурс е крайно недостатъчен. Въпреки че управлението му също не е добро. Но никой не поема грижата за това да се създаде следващия втори стълб. Една от причините според нас е това, че никъде в законите за здравно осигуряване, за здравето, за лечебните заведения няма забрана за доплащане чрез допълнителни здравноосигурителни плащания. Единствената забрана за доплащане т.е. изпълнителите на медицински дейности на практика са рестриктирани да получават чрез Националния рамков договор. Единствено там е забранено да се получава доплащане с изпълнителя на медицинска помощ при условие, че се финансират дейностите от здравната каса. И този договор е подписан между лекари, между съсловната организация и Националната здравна каса. Тази отговорност, лекарското съсловие много трудно би могло повече да понася. И най-вероятно ние ще настояваме това да се отмени, за да може да се допуснат допълнителни плащания. Това са предложения за конкретни решения. Разбира се мога да се изкажа и за болничната помощ. Там също реформи имаме, които да предложим, но времето не достига. Благодаря ви.

Боян Захариев:

Благодаря Ви. Заповядайте.

д-р Любомир Киров – Председател на Националното сдружение на общопрактикуващите лекари:

Малко се отклонихме от основната тема. Това са неосигурените. Нещата са обикновено по-прости отколкото са. Нека да си ги говорим с истинските имена. Анализът е полезен. Има своите недостатъци, разбира се и неправилни според мен съждения, но има и много добри и полезни неща. Защо трябва да

говорим за мерки, които да стимулират? Имаме закон първо. Законът трябва да се спазва. С този закон всеки е задължен да се осигурява. Ако не го прави, правилата също са ясни. Не може да ползва услугите, които се предоставят от тази здравноосигурителна система. В този смисъл тук за ограничен достъп не може да се говори. Тук има невъзможност за достъп, която произтича от неспазването на закона. Какво трябва да се направи, за да се спазва закона. Всички трябва да бъдат осигурени. Тоест една част от тях трябва да бъдат принудени да си платят вноските. Тези, които могат. А за другата част да бъдат осигурени от мен, от вас, от нашите данъци. Според ясни критерии, които не е наша работа да правим. В този смисъл тук се упоменаха най-вече Национална здравноосигурителна каса, Министерство на здравеопазването. Смятам, че Националната здравноосигурителна каса няма нищо общо с проблема с неосигурените. Тя е орган, който обслужва и разпределя дейности, пари свързани с осигурените лица. Неосигурените не са неин проблем. Те не са проблем и на лекарите. Министерство на здравеопазването донякъде има, би трябвало да има участие при решението на проблема. Но за мен най-важното министерство, което не бе упоменато е на Емилия Масларова и мога да кажа аббревиатурата – МТСП. Това е министерството, което трябва да си свърши просто работата, защото не я е свършило и колко години независимо кой го е ръковолил през това време.

Второ 2003 г. бяха изведени т.е. беше обявено, че не могат неосигурените да влязат в системата. А до този момент някой не беше спазвал законите. Това са политиките основно и някой други институции. Знаете ли каква загуба е генерирана от това време за системата, която ползваме ние всички. Само ако приемем малко над средното ниво, над най-ниското ниво на осигуряване, това са около 2 милиарда лева. От тези хора, които не са си платили здравните осигуровки. Ако към това добавим услугите, които са ползвали – медицински плюс лекарствата, сигурно ще се добавят още милиард или милиард и половина. Ето априори как системата поради неспазване на закона губи. Това е първото решение – да се спазва закона. Някой ще каже – как? Ами когато например отиде човек да си вади свидетелство за съдимост или някакъв друг документ, той може да бъде обвързан с това дали са платени данъци и осигуровки или не са. Ако са платени, ОК получаваш го. Ако не са платени, отиваш и плащаш. Втори дефект – възстановяване на правото на

неползвалия здравноосигурителната система – като платиш 80 лв. или 100. Това е мярка, която е неправилна и нередна. Коментирана е хиляди пъти. Ето трябва и това да се промени. Трябва да има спазване на законите. Сега там има инспекторат да бием доктори и медицински сестри и т. н. Не може отговорностите в една система – от изпълнителите. Всеки трябва да си носи отговорността. Просто трябва да спазваме закона.

По отношение на качеството – качеството, кое? Качеството – така както го разбира потребителя – пациента? Качеството така както го разбира медицинския професионалист? Или качеството както го разбира този, който управлява парите? Когато говорим за качество трябва да бъдем много внимателни. И една забележка. В България бъркат се нещата – какво е добра медицинска практика и медицински стандарти. Няма нищо общо между тия неща. И начини на лечение и така. Но това е дребна забележка. Но грижата за неосигурените основно е пак ще го повтора - МТСП. Така ли беше. Там е - грижата. Не е нито на НЗОК, от части на Министерство на здравеопазването. И мисля, че е крайно време вече – да обърнем внимание наистина на решенията, защото анализи и констатации има достатъчно. Няма решения. Всеки, който не е спял може да види, че слонът има дълъг хобот, малка опашка и огромно туловище. Въпроса е как да го вкараме тоя слон в клетката. Или нещо от тоя род. Благодаря Ви.

Боян Захариев:

Благодаря. От там имаше желание за изказване. Вие бяхте, да. Заповядайте. Може да освободите място, за да може да се ползва микрофона. Все пак и едно последно изказване.

Д-р Илко Семерджиев - Международен институт по здравеопазване и здравно осигуряване:

Ще започна от там, откъдето свърши д-р Киров. Докато администрацията не си върши работата разпоредена й от закона не можем да очакваме каквито и да било резултати. Осигурителната система не е неданъчна система. Дотолкова доколкото 6-те% здравноосигурителна вноска е задължителна. Тоест тя има характер на данък. Така че това, което в случая трябва да се каже, е категорично и то е еднозначно. Законът трябва да бъде спазван.

Задължените да се осигуряват трябва да се осигуряват. Ако не го правят, трябва да понесат всички санкции произтичащи от закона. А там, където държавата е задължена да осигури някого, който е извън социалните мрежи или извън собствената си възможност да се осигурява, тя трябва да направи необходимото. От тази гледна точка 100% отговорност носи Националната агенция за приходите. И ако има неосигурени, трябва да бъдат зададени точни въпроси към точния адресат. Не трябва да бъдат търсени тук политици. Не трябва да бъдат търсени управленци. Трябва да бъде търсена административната служба, която отговаря за това, да си върши работата екзактно. Разбира се върху тази система политиците паразитират. Казвам го направо, защото чухме в продължение на годините много политици на високо ниво да казват: Ние ще опростим неплатени здравни вноски. Или: Ние ще върнем възможността някой, който не се е осигурявал в продължение на години срещу една минимална сума да получи всички права. Това е чиста форма на паразитизъм и трябва да бъде казана нееднозначно. Трябва да бъде казана ясно и тези, които си позволяват подобен тип социален популизъм да понесат своята отговорност. Защото те очевидно принуждават и подтикват хората да не спазват закона. Когато на високо ниво не се дава пример в екзактност, очевидно е, че всички ще си направят своите изводи. Толкова за здравнонеосигурените.

По отношение на системата и на нуждите от реформи. Не се съмнявайте, казвам го и от личен опит, че политиците желаят да реформират непрекъснато. И че ако стимулирате чрез думи и доклади и претенции извършването на реформи, това ще се случва перманентно. Причината е много простичка. Политикът е значим, ако прави реформи. Тогава той има повод да се покаже пред публика и да говори. В крайна сметка да задоволява своето его. Всъщност ние отдавна се нуждаем в здравеопазването от добро управление, а не толкова от реформи. Да, вие може да карате мерцедес, ако желаете, но ако не вземете следващия завой, ако не завъртите кормилото и не го управлявате както трябва, ще влезете в канавка заедно с мерцедеса и затова не е виновен мерцедесът. Разбира се примерът ми е пресилен. Давам го само за илюстрация. По-ярка илюстрация. Какво имам предвид. Законовата база за здравеопазването, такава каквато беше инсталирана в периода 1997 – 2001 г. даваше абсолютно добри възможности за управление. Разбира се те бяха в

последствие сериозно нарушени. Едно от големите нарушения беше промяната в Закона за здравното осигуряване, с който беше задължена националната каса да сключва договори с всеки, който се е регистрирал за медицинска практика. Независимо дали е извънболнична или болнична помощ. Това е убийство на конкуренцията със закон. Ако здравното осигуряване е система, която трябва да гарантира не административно преразпределение на средствата, а пазарно преразпределение на средствата, в такъв случай това е убийство на реформата направена чрез законов текст. Тези неща трябва да се казват с истинските им имена, за да не позволяваме на политиците да продължават с подобни убийства. Те не бяха едно и не бяха две. Второто беше одържавяването на Националната здравноосигурителна каса в резултат, на което пациентът излезе от центъра на системата и там влязоха политиците. Всички решения за здравеопазването се вземат от политици, а не от тези, които дават парите. И не от тези, които са заинтересовани. И не от тези, които са поели договорни задължения да изпълняват определени действия. Тоест българската здравна система е ексцентрична. Тя е политическа, точно в онази област, която не трябва да бъде. Ние всички разбираме необходимостта от политиците и от управлението и то държавното управление, когато говорим за обществено здравеопазване. Но когато говорим за здравно осигуряване т.е. за лечебно здравеопазване, там политиците и държавата нямат място. Здравноосигурителните системи са на тези, които се нуждаят от тях и които ги финансират. А не на политическо и не на държавно ниво. Националната каса в момента няма управленска воля. Тя изпълнява заповедите на тези, които седят над нея и които назначават хората, които са в управлението. На практика е така. И затова действително, ако можем да дадем една кратка рекапитулация на отговорността, искам да ви кажа, че единствената организация, която не носи никаква отговорност за това, което прави е националната каса. Тя няма право на воля, на решения и на изпълнение на свои собствени решения. От тази гледна точка видяхме как се въведоха регулативни стандарти. Някакъв пълен абсурд. Регулативният стандарт е метод не да получиш медицинска помощ, а да ти бъде отказана с цел спестяване на разходи. Тоест от осигурител здравноосигурителната каса се превърна в счетоводител, който следи за правилното осчетоводяване на планираните разходи.

И второто, което го видяхме само преди 6 месеца или малко по-малко от 6 месеца, все още няма толкова. Онова решение, политическо решение да се вдигне здравноосигурителната вноска с 2%, но тези пари да бъдат събрани без хората да получат срещу това услугата, която им се полага и за която си плащат. Ние имаме безпрецедентен акт. При работеща здравноосигурителна система и при работещи доброволни фондове, да събирате пари, а да не давате услуга. Това ако се беше случило в някоя друга държава в Европа щяхме да имаме бунт, народен бунт. Няма такъв феномен - давате парите и не получавате нищо. Поради каква причина? Поради тази причина, че Законодателя е решил да не осигури механизъм за разходването им и започва да ги трупа някъде.

С това ще завърша, което ще кажа накрая. Лечебното здравеопазване е вид бизнес дейност, която трябва да се управлява от правилата на пазара. Този, който осигурява симетричността между потребителя и оказващия медицинската услуга е Националната здравноосигурителна каса и доброволните фондове. Те са социалният орган, който трябва да изравни дисбалансите между тези две неравностойни величини в този пазар. Затова наричат здравеопазването квази-пазар. Само че дори и квази-пазар, като пазар, той не може да бъде управляван административно. Административно управление означава някой друг да взема решения, а пазарните субекти да не следват своята естествена мотивация, а да се подчиняват на заповедите на администратори и на политици. Затова рецептата за осигурителната система е след като бъдат установени релевантни правила, във държавата от лечебния сектор и от осигурителния сектор. И във всякакви администрации от този тип система, защото ето сега виждаме прави се нов административен опит за учредяване на медицинска полиция или медицински инспекторат. Една вътрешноведомствена административна система, която трябва да регулира административните, изпълнението на административните задължения изведнъж придобива права върху търговски дружества, които оперират на пазара. И тоталния полулизъм да не могат да фалират лечебни заведения. Ами в такъв случай с какво санираме пазара? Как санираме неработещите структури? Защо винаги трябва да искаме политиците да закриват болници. Те ще бъдат закрити, но от пазара, от пациентите. Когато един пациент не влезе в една болница тя просто ще трябва да затвори врати. И това е най-полезното

нещо, което може да се случи. Особено в страна като България, където болниците са в изобилие.

И накрая основата, върху която се развиват подобен тип отношения и то устойчиво и се саморазвиват е частната собственост. Ако нямаме частна собственост винаги ще бъдем подвластни на тези, които се опитват да правят помен с чужда пита. Това означава, че трябва да има тотална и бърза приватизация на всички лечебни заведения регистрирани като търговски дружества. Механизмите на конкуренцията трябва да влязат в сила и най-важното – този, който дава парите, осигурения трябва да има право на избор. Къде да се осигури и къде да се лекува.

Боян Захариев:

Благодаря. Аз бих се съгласил с голяма част от вашия анализ особено за доброто управление. Единствено – а това се отнася, това е коментар и към нещата, които и преждеговорившите казаха. Има част от здравнонеосигурените, които Агенцията по приходите няма да може да събере нищо от тях, просто защото те е трябвало да станат клиенти на социалната система а не са. Тоест там тези мерки няма да доведат до събираемост. Но има разбира се една част, които, от които могат да бъдат събрани принудително тези средства. С това съм съгласен. И с това минаваме към последното ни изказване за днес. Заповядайте.

д-р Спасова - Министерство на здравеопазването, директор Дирекция Национална здравна политика:

Да благодаря. Аз искам да се представя. Аз съм д-р Спасова от Министерството на здравеопазването и съм директор на Дирекция Национална здравна политика. Искам да благодаря на организаторите, за това, че бяхме поканени на тази среща, тъй като това, което представиха като темата за здравнонеосигурените и какво прави държавата и какво прави министерството за здравнонеосигурените е въпрос, на който често ми се налага да отговарям. Аз много се радвам на дискусиата, която се проведе, защото въпреки че се засегнаха и други въпроси освен здравноосигурените, се поставиха доста неща и тук колегите преди мен и д-р Семерджиев това, което каза. В крайна сметка става въпрос за закони, които следва да бъдат спазвани. Това гарантира

солидарността, гарантира равнопоставеността на лицата пред закона. Наистина както вие показвате във вашите изследвания, има една група хора, които не желаят да участват, не могат. Няма да поставяме основния въпрос примерно наистина ли е от липса на доходи. Затова вашето изследване е много интересно и ние ще се запознаем в подробности. И си запазваме правото при възникнали въпроси да се свържем с вас, за да могат да се доуточнят някои от елементите, които възникват в това.

Колкото до тези, които са здравнонеосигурени, понеже тук се спомена и Министерство на здравеопазването, аз няма да говоря с неистини. Но като един елемент на защитата на тези, които не са здравноосигурени и които имат нужда от медицинска помощ държавата дава възможност да бъде използвана спешната и неотложна медицинска помощ. Да, това не е решение на въпроса. Да, това натоварва ресурса, но в крайна сметка това е едно от решенията, този който има нужда да му бъдат поети неотложните медицински нужди.

По отношение на, тъй като тук многократно се постави въпроса за информираността или неинформираността на ромските групи от населението, вие знаете, че в момента има цяла разработена стратегия, която е насочена предимно с фокус към ромското население. Където там се предприемат едни определени дейности, които в интерес на истината имаме някакво желание да ги разширим. Да не обхващат само лица от ромско население, а да обхващат лица включително и от по-изолирани райони, земеделски производители, както вие казахте, които част от тях не са осигурени. За да може да бъде оказван определен тип достъп. Дали това е най-правилното решение или не. Преди години е направено подобно предложение да се въведе подобни мобилни структури, с които би могло да бъде оказвана допълнителна медицинска помощ. Но въпреки всички тези неща, които ги казваме, да в европейските страни всяка една държава решава въпроса със социалната мрежа по различен начин, на различно ниво в зависимост от това по какъв начин е структурирана системата. И другото, което на мен ми направи впечатление, понеже тук непрекъснато слушаме думата за реформи. Всяка една европейска държава в момента провежда промени в здравната система. С оглед преустановяване на някакъв проблем се предприемат съответните мерки за да може този проблем да бъде съответно коригиран, за да се оптимизира дейността на системата. Значи това са процеси, които протичат навсякъде в

Европа в момента. Дали в системата на здравното осигуряване, дали в системата на здравните професионалисти. Тоест процесите на промяна в една здравна система, те са текущи и аз не считам, че здравната система ще застине на един определен момент. Но когато се поставя въпроса и може би това значи допълнителността, говорим с провеждащите изследването. Какъв тип реформа искат лицата, които твърдят, че трябва да бъде направена реформа? Какво искат те? Защото е възможно да има разминаване между вижданията, както тук се получи и израз на различни виждания какво представлява реформата. Защото това, което искат пациентите може коренно да се различава от това, което примерно да кажем искат лекарите като реформа. И за да може даден процес да бъде приет от обществото и да има някаква положителна оценка, вижданията на обществото трябва да бъдат съответно рефлектирани съответно в реформите. Ние искаме реформи. Да прекрасно. Какви реформи искате? Защото този въпрос нали например ние извършваме прегледи с мобилни структури. Част от лицата от ромски произход, които ние отиваме там, отказват да бъдат прегледани. Той не желае тази помощ, която му се поставя по този начин. Тоест въпросът, когато се правят тези анализи и затова може би ще трябва в дълбочина да говорим, за да се доизяснят някои неща. Но наистина ви благодаря за това, което сте направили и за всички изказвания, които чухме. Защото въпросите за съжаление не се отнасят към нас, не се отнасят към МТСП, а се отнасят към Министерство на здравеопазването предимно, да дава отговор на въпросите, защо българските граждани са здравнонеосигурени. А и наистина трябва да наблегнете на тази група т.е. тъй като цифрата е много висока, на хората, които са извън страната и които не сметнали за необходимо да уведомят, че те в крайна сметка са осигурени в американската, английската или в някаква друга здравна система. И от там те продължават да се водят тук като съществуващи, без да са декларирали това право на освобождаване, което беше от здравната система. Благодаря.

Боян Захариев:

Благодаря. Аз няма да правя никакви опити за обобщение тъй като наистина имаше, както е и нормално най-разнородни предложения. Искам да кажа, че обичайно мисля, че и сега ще го направим, ние качваме тези записи на

нашата уеб страница, а качваме и транскрипция на разговора. Така че всеки може допълнително да си припомни какво са казали участниците в дискусиата. И разбира се, ще се радваме да получим допълнителни въпроси, особено от Министерството на здравеопазването, относно изследването. И с това ви пожелавам приятен ден и мисля да закрия днешната среща. Благодаря ви.