

# Health insurance funds that manage money without saving it

Dimiter Dobrev  
Institute of Mathematics and Informatics  
Bulgarian Academy of Sciences  
*d@dobrev.com*

There is no need for the health insurance fund to collect health contributions and then to pay for the activities carried out with that money. It is better if the National health insurance fund collects the money and keeps it and the health fund only manages it without actually passing the money through it. This eliminates the risk of bankruptcy of the fund and the need to create a guarantee fund. So changing the fund will be very easy, because no real money will be moved, but only the subject that manages it will change.

## Въведение

В момента личният лекар е един от хората, които управляват лечението на пациента. Личният лекар дава направления за преглед при специалист и за постъпване в болница. До голяма степен от личният лекар зависи как ще се похарчат парите събрани от здравната каса и дали тези пари ще се похарчат ефективно. Естествено, личният лекар управлява тези пари без те реално да минават през него.

Нашето предложение е Осигурителния фонд да се превърне във втори личен лекар и подобно на личния лекар, да управлява парите на пациентите без реално да оперира с тези пари. Фондът ще е един лекар, който ще е на разположение денонощно (24/7) и ще лекува дистанционно по телефона. Няма да го има личният контакт, но лечението ще е много по-лесно достъпно и по-бързо. Макар и по телефона, лекарят от фонда ще може да даде направление или рецепта, да запише час за преглед при специалист и дори да ви изпрати линейка.

## Целта на фонда

Формално погледнато целта на фонда е да печели, но за да печели фондът ще е нужно пациентите да са доволни от него и да го избират. Също така, за да печели фондът ще трябва пациентите му да са в добро здраве, да живеят дълго и да имат много деца. Ще трябва още парите похарчени за лечение да се изразходват разумно и да не се пилеят за ненужни манипулации.

Предлагаме система, при която целта на фонда ще е ефективно да похарчи 90% от парите от здравните вноски и да спести останалите 10% от тези пари. Фондът ще е заинтересован пациентите му дългосрочно да са здрави и затова разумно ще ги лекува.

Как ще направим така, че смъртта на пациента да бъде финансово неизгодна за фонда, а раждането на дете да бъде желано събитие? Ще накараме фонда да плаща за смъртта и инвалидизацията на пациентите си. Така той ще е заинтересован да плати за

скъпа операция, която ще спаси живота на пациента. При раждане на дете бащата и майката на детето (най-вече майката) ще получат допълнителни пари за тяхното лечение (например 10 средни здравни вноски допълнително). По този начин фондът ще може да покрие допълнителните разходи за раждане, прегледи по време на бременността, както и разходите по поддържане на сексуалното здраве и фертилитета на пациентите си. Ако не се дават такива допълнителни пари, тогава фондът би имал интерес пациентите му да нямат деца.

## **Как фондът ще управлява здравето**

Базовият пакет включва прегледи при специалисти, както и лечение в болница, когато вие е се нуждаете от това. Дали се нуждаете от съответните прегледи и лечения се определя от личния ви лекар и от другите специалисти, при които сте отишли.

Тоест, личния ви лекар до голяма степен управлява вашето лечение по направление и изпращайки ви за лечение при специалисти. Фондът също ще ви дава направления и ще ви изпраща при специалист.

Фондът ще може да контролира дали една медицинска интервенция е необходима. Когато някой лекар ви даде направление за планова операция, тогава фондът може да поиска второ мнение и да ви изпрати при друг лекар, който да потвърди нуждата от извършването на тази операция. Когато медицинската интервенция е по спешност, тогава фондът може да определи друг доктор или друго лечебно заведение, което да я извърши. Така ще се избегне извършването на ненужни медицински интервенции с цел да се усвоят пари.

Когато се обадите на фонда, може да ви помогнат по телефона и да се спести ходенето в медицинско заведение. Може да ви запишат час при специалист, а може да преценят, че състоянието ви е спешно и да ви изпратят линейка. Тогава фондът ще определи къде тази линейка да ви закара. Така фондът ще определи лекарят който ще ви лекува. По този начин ще се предотврати практиката линейките да взимат подкупи, за да карат изгодните пациенти в определени болници.

## **Без дискриминация**

Всеизвестен факт е, че е по-добре да си богат и здрав, отколкото беден и болен. Системата трябва да е направена така, че да защити бедните и болните и за базовия пакет те да имат същите права като богатите и здравите. Все пак богатите ще имат възможност да получат допълнителни екстри и по-добро здравеопазване, чрез доплащането и чрез допълнителното осигуряване.

Как защитаваме бедните? В момента се предвижда фонда за всеки пациент да получава средната здравноосигурителна вноска. По този начин за фонда няма да има значение вие на колко пари се осигурявате. Всички пациенти ще са еднакви за фонда като приход (но не и като разход).

Как да защитим болните? Когато един човек е тежко болен, разходите за неговото лечение могат да нараснат неимоверно. Фондът не би искал да има такъв пациент и би искал да се отърве от него. Ще направим така, че тежко болните да не са голяма тежест за фонда. Решението е следното:

## **Финансово изгодни и неизгодни пациенти**

Грубо казано това са относително здравите и тежко болните пациенти. Фондът ще печели от своите финансово изгодни пациенти, а от тежко болните няма да печели, но няма и да губи, защото разходите за лечението на тези пациенти ще се споделят от всички фондове. Тоест, здравите пациенти ще са на фонда, а тежко болните ще са общи (на всички фондове).

Как ще се разпределят парите? Половината от парите ще отидат за относително здравите, а другата половина ще отидат за тежко болните. Предполагаме, че съотношението здрави към тежко болни е девет към едно. Тоест, за един тежко болен ще се харчат средно девет пъти повече пари отколкото за един относително здрав.

Как ще гарантираме, че разходите за тежко болните няма да надминат 50% от парите на здравната каса? Гарант за това ще е държавата. Ако тези разходи надминат 50% тогава държавата ще доплати от държавният бюджет и ще покрие тази разлика. Така за относително здравите ще останат поне 50% от парите (или малко повече, ако за тежко болните са изразходвани по-малко от 50%).

Държавата може да регулира разходите. Тя определя базовия пакет и цените на различните дейности в този пакет. Ако разходите за тежко болните в един от месеците надминат 50%, тогава се очаква държавата да намали базовия пакет услуги и през следващия месец тези разходи да паднат под 50%.

## **Колко ще печели фондът?**

Фондът и личният лекар ще печелят само от финансово изгодните си пациенти. За всеки от тези пациенти те ще получават от нула до 10% от парите отделени за този пациент. Колко ще получават? Ще получават колкото са спестили. Ако са спестили 2% от отделените пари, ще получат по 1%, ако са спестили 20% ще получат по 10%. Ако са спестили повече от 20%, те пак ще получат 20% (по 10%). Това е, за да не насърчаваме фонда и личния лекар да пестят прекалено много. Фондът ще се стреми да похарчи 80% от отделените пари, но не повече. Ако фондът похарчи повече от отделените пари, тогава този пациент вече няма да е финансово изгоден. Тогава този пациент няма да носи печалба за фонда и за личния си доктор, но няма да носи и загуба.

Предполагаме, че фондът и личният лекар ще взимат от финансово изгодните си пациенти средно между 9 и 10%. Предполагаме, че числото ще е близо до 10%, защото фондът ще се стреми разходите да не надминават 80% от отделените пари.

Колко от здравните вноски ще отидат във фондовете? Парите заделени за финансово изгодните пациенти са 50% (или малко повече) от всичките пари. От тези пари 10% (или малко по-малко) ще отидат за фондовете. Тоест, фондовете ще получат около 5% от всичките здравни вноски.

Срещу тези 5% фондовете ще осигурят както управление на лечението, така и реална здравна помощ. Фондът ще осигури денонощна телефонна линия, на която лекари и медицински лица ще консултират дистанционно и при нужда ще насочват към други лекари и лечебни заведения.

Личните лекари за всеки пациент ще получават колкото получава фондът. Тоест, личните лекари също ще получат около 5% от здравните вноски, но средния брой пациенти на личния лекар ще е около хиляда пъти по-малък от средния брой пациенти на фондовете. Тоест, личният лекар ще получава средно около хиляда пъти по-малко от фонда.

Освен за управлението на лечението, личният лекар и фондът ще получават пари и за самото лечение. Всеки пациент ще има право на 4 безплатни прегледа годишно при личния си лекар и по 10 безплатни обаждания на телефонът на фонда. Всеки следващ преглед и всяко следващо обаждане ще се заплащат.

Ще се премахне потребителската такса и всякаква форма на директно плащане от страна на пациента към лекаря. Всички доплащания ще минават само през фонда, който ще събира парите от пациентите и дори ще им предлага застраховка покриваща част от тези доплащания.

## **Как ще се изчислява разхода**

Парите похарчени за пациента няма да се смятат само за текущият месец. Вместо това те ще се изчисляват за период от десет години (5 години назад и 5 години напред във времето).

Причината за това е фактът, че здравните разходи не са постоянни във времето. Дълги години парите може да са минимални, след което може да се случи злополука или да се наложи скъпа медицинска интервенция, което да увеличи разходите значително. Затова дали пациентът е финансово изгоден или неизгоден ще се определя не от текущият месец, а от периода от десет години.

По-лесно се смятат петте години назад, защото тези разходи са записани. По-трудно е да се сметнат петте години напред, но бъдещите години са по-важни от миналите, защото от това как е лекуван пациента днес ще зависи какво ще е здравето му през следващите години. Тоест, ако е лекуван добре днес, през следващите години ще е здрав и медицинските му разходи ще са минимални.

Годишите напред ще се изчислят на базата на средния разход за пациент минус 10%. Защо минус 10%? Защото ще има отклонения от средното и това отклонение

трябва да се покрие от тези 10%. В случай на фалит е по-добре фондът да е получил по-малко отколкото му се полага и да има да взима, отколкото да е получил повече и да има да дава.

Колко ще получи фондът за текущият месец? За всички пациенти на фонда, които той има в момента и които е имал в последните пет години, се изчислява сумата от средните здравни вноски за десетте години и разходите, които са направени за тези десет години за този пациент. Това изчисление ще се извърши за всеки пациент и за всеки месец през който той е бил клиент на фондът (ако е бил клиент през цялото време ще се изчисли за  $5 \times 12 = 60$  месеца). При всеки месец изчислението включва някаква прогноза за следващите месеци. (Това е за всеки месец, освен за първия, при който няма прогноза, защото десетте години вече са изтекли.) За всеки месец (освен за последния) има предишно изчисление, което е направено миналия месец. За всеки месец се изчислява разликата между предишната и новата прогноза. Сумата от всичките тези разлики се заплаща на фонда от касата.

Тоест фондът получава парите за текущият месец (на базата на прогнозата за следващите 5 години) плюс парите равни на промяната в прогнозите на вече изплатените месеци. Тези прогнози се променят. Те непрекъснато се уточняват, защото изминалият период се увеличава, а прогнозният период намалява. За текущият месец прогнозният период е 60 месеца, а за първия месец (преди 5 години) прогнозният период е нула.

Тази сметка изглежда доста сложна, но това няма да се смята на ръка, а ще се сметне от компютъра на здравната каса. Тоест, фондът ще си получи парите и за него е важно по какъв принцип се изчисляват тези пари. Конкретната сметка не е важна, макар че тя може да бъде проверена.

## Фалит на фонда

Ако един фонд няма достатъчно пациенти, той може да фалира, защото приходите му няма да успяват да покриват разходите. Фалитът на фонда няма да е голям проблем за пациента, защото той просто ще трябва да избере друг фонд към който да се запише.

Подобно е положението, когато нашият личен лекар се пенсионира. Ние губим любимия си личен лекар и сме принудени да търсим друг, който да го замести, но не губим пари, защото нашите здравни вноски се пазят в касата, а не са при личния лекар.

Трябва фондовете да бъдат големи, за да е сигурно, че ще могат да осигурят достатъчно адекватна услуга за клиентите си. За да се предотврати съществуването на микроскопични фондове ще искаме всеки фонд да внася някаква такса към здравната каса (например 100 хиляди месечно). Ако фондът има 100 хиляди пациента, то тази такса няма да представлява проблем за него, но ако пациентите му са само хиляда, тогава тази такса ще стане непосилна. По този начин съществуването на прекалено малки фондове ще стане невъзможно. Не е добре да се определя минимален брой

пациенти за фонда, защото може поради някакъв слух или паника много от пациентите на един фонд да се отпишат и да отидат в други фондове. Това може да е само временно и пациентите да се върнат обратно. Ако пациентите трайно напуснат един фонд, той ще е принуден да фалира.

## Доплащания

Всяко лечебно заведение може да определи доплащане за услугите, които са извън базовия пакет. За услугите от базовия пакет може да има доплащане за избор на екип, за луксозна болнична стая, за по-скъпи консумативи, за по-подробен преглед, за по-бърз достъп до лечение. Ако пациентът не иска да доплаща, болничното заведение ще е длъжно да му осигури услугите от базовия пакет без доплащане. Ако в една болница всичките стаи са луксозни и всичките лекари трябва да бъдат избрани, тогава тази болница трябва да има договор с друга болница, която е готова да поеме пациентите, които не желаят да доплащат.

Трябва ли пациентите да чакат? Все някой трябва да чака. Ако не чакат пациентите, ще се наложи да чакат лекарите. Затова пациентите, които не са доплатили за по-бърз достъп до лечение ще чакат, а тези които са доплатили ще получат точен час за преглед и ще изчакат само да мине прегледа на предишния пациент. Тези, които не са доплатили, ще запълват дупките между пациентите с точен час и ще влизат на преглед, когато пациентът с точен час закъснее или не дойде. Тези пациенти ще знаят, че те жертват от времето си, но помагат на лекарите, като им уплътняват времето.

## Допълнително осигуряване

Всеки фонд ще може да предложи допълнително осигуряване, което да покрие част от доплащането.

Фондът няма да сключва договори с лекари и лечебни заведения, но всяко лечебно заведение ще има публично известен ценоразпис на доплащанията. Всеки фонд ще определи за всяко от тези доплащания дали го поема или не. Би могъл и да го поеме частично. Например, определено доплащане фондът може да го поеме на 50%.

Когато пациентът избира фонд и решава допълнително да се осигури в този фонд, той ще може да разгледа информацията за това кои фондове какви доплащания поемат.

Фондът може да предложи три нива на допълнително осигуряване. Първото ниво да предлага покриването на по-малко доплащания, а третото ниво покриването на повече доплащания. Съответно трите нива ще бъдат на различна цена.

Фондът ще определя цената на тези нива в зависимост от конкретния пациент. Фондът няма да има право да откаже на пациента да му даде допълнителна осигуровка, но може да му определи по-голяма месечна такса. Все пак, разликата между най-ниската и най-високата месечна такса не може да е повече от десет пъти. Тоест, фондът

предварително ще обяви каква е неговата най-ниска и най-висока такса и когато пациента пожелае да стане клиент на фонда, ще му бъде предложена месечна такса, която ще е в този интервал.

При определяне на месечната такса фондът ще има право да използва информацията от здравния картон на пациента, както и да иска допълнителна информация от пациента, но пациентът няма да носи отговорност за информацията, която е предоставил на фонда. Тоест, фондът няма да може да прекъсне застраховката на базата на това, че пациентът му е предоставил невярна информация.

Фондът няма да може да променя месечната такса на пациента. Когато ставате клиент на един фонд, той ви определя месечна такса и тази такса не може да бъде променена заради това, че здравето ви се е влошило. Фондът може да промени всичките си такси с еднакво увеличение компенсиращо инфлацията, но то не трябва да е повече от 5% годишно.

Когато смените фонда си, той е длъжен да запази месечната ви такса в срок от една година и ако се върнете в рамките на една година да останете със същата месечна такса. Ако се върнете след повече от една година, тогава фондът запазва правото си да преизчисли месечната ви такса.

## **Каква е цената на фонда**

Месечната такса на фонда няма да е просто едно число. Първо, тя ще е за три възможни нива. Второ за всяко ниво тя ще предлага по няколко варианта за плащане (например по пет варианта).

Пример за първи вариант:

Първите 100 лева – собствен риск.

Следващите 500 лева – 50% се покриват от фонда.

Следващите плащания – покриват се на 90% от фонда.

Тоест, месечната такса на фонда ще е три нива по пет варианта. Тоест тя ще се състои от  $3 \times 5 = 15$  числа. Веднъж получил офертата на фонда клиентът ще може да избира нивото и варианта и да ги променя през годините.

## **Здравно неосигурени**

Дори един човек да е здравно неосигурен, той пак трябва да получи някаква медицинска помощ. За здравно осигурените ще има базов пакет, а за здравно неосигурените ще има минимален пакет. Здравно неосигурените няма да имат право на личен лекар, но ще имат право на здравен фонд. Те ще могат да се обадят на денонощния телефон на фонда и да получат помощ. Вероятно ще трябва да чакат

повече, защото операторите ще обслужват с предимство здравно осигурените, но все пак ще получат някаква помощ.

За лечението на здравно осигурените фондът ще получи средната осигуровка, а за здравно неосигурените ще получи социална осигуровка, която ще се взима от държавния бюджет. Тази социална осигуровка трябва да е много по-малка от средната и тя трябва да покрива един минимален пакет от здравни грижи.

Над този минимален пакет ще има доплащания. Здравно неосигуреният може дори да има допълнително осигуряване. Разбира се, месечната вноска на здравно неосигурените ще е по-голяма, защото фондът ще трябва да покрие освен доплащането и разликата между базовия и минималния пакет.

## **Спешна помощ**

Спешната помощ трябва да се заплаща и трябва да се прекрати практиката здравно неосигурените да я използват вместо личен лекар. Всяко идване на линейка ще е разход за здравната каса, който се покрива от застраховката на здравно осигуреният пациент или от социална осигуровка на здравно неосигурения.

Основният начин за викане на спешна помощ ще е през здравния фонд и той ще ви изпрати спешна помощ, ако прецени, че имате нужда от нея. Ще остане възможността да се вика спешна помощ за непознати на телефон 112 (ако видите човек в безпомощно състояние или станете свидетел на катастрофа). Все пак, този който вика спешна помощ ще носи отговорност, че не злоупотребява и ще трябва да плати глоба в случай на злоупотреба.