



## НАСОКИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ МОДЕЛА НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН  
д-р Добрин Кръшков

### ВЪВЕДЕНИЕ

Някои автори определят съвременното състояние на здравното осигуряване в България като тревожно, други като кризисно.

На практика става дума за огромен финансов ресурс, управляван неефективно от монополна организация в лицето на НЗОК.

Налице е незавършена правна регламентация и правна регулация в голямата си част загубила актуалност и с объркани или липсващи хоризонтални и вертикални връзки, включително по отношение на общата и специализираната правна рамка на държавата.

Националният рамков договор е изчерпал възможностите си като основен инструмент за регулиране на взаимоотношенията в системата. Той не гарантира и финансово не покрива необходимите, достатъчни и качествени дейности за дефинитивно решаване на индивидуални или обществени здравни проблеми.

Не действат установените със закон принципи на здравното осигуряване, нито се спазват установените правила за добра практика в системата на здравеопазването.

Списъкът с критични формулировки  
може да се продължи ...

Животът обаче настойчиво поставя потребността от професионално решаване на сложния казус в здравеопазването.

### ОСНОВНИ НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

#### 1. КОНЦЕПТУАЛНА ОСНОВА НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

Теоретичната база на здравното осигуряване гарантира правилното построяване на неговата система и на нейните вътрешни и външни връзки.

В този смисъл следва да се дадат следните работни определения и допълнения:

Здравното осигуряване е съвкупност от необходими и достатъчни медицински и немедицински дейности, услуги и стоки за управление на здравен риск във връзка с опазване, поддържане и възстановяване на общественото и индивидуалното здраве.

*Финансовото обезпечаване* на здравното осигуряване се гарантира от здравноосигурителен фонд, който се образува от здравноосигурителни вноски, здравноосигурителни премии и други източници на постъпления, за разумно и прозрачно управление на събраните средства за здравни дейности, услуги и стоки, предвидени по закон.

*Субекти* на здравното осигуряване са Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и здравноосигурителни дружества (ЗОД), регистрирани по Търговския закон и лицензирани при условията и по реда на Закона за здравното осигуряване акционерни дружества.

Задължителното здравно осигуряване е съвкупност от основни необходими и достатъчни медицински и немедицински дейности, услуги и стоки за управление на здравен риск във връзка с опазване, поддържане и възстановяване на общественото и индивидуалното здраве, отговорност и гаранция за което има държавата.

Задължителното здравно осигуряване се осъществява въз основа на *принципите* на:

- ♦ Първостепенно значение и приоритет на профилактичната дейност, услуги и стоки.
- ♦ Комплексност и непрекъснатост при оказване на здравните услуги до решаване на здравния проблем.

♦ Лично поименно здравно осигуряване на основата на индивидуален договор.

♦ Оценка на риск за индивидуалното и общественото здраве.

♦ Задължително участие на осигурените, работодателите и държавата, при набирането на здравно-осигурителни вноски.

♦ Солidarност на осигурените при потребяването на набраните средства за разплащане на оказаните медицински и немедицински дейности, услуги и стоки.

♦ Лична отговорност на осигуреното лице за собственото и общественото здраве.

♦ Основен пакет от здравни дейности, услуги и стоки, гарантиран от бюджета на задължителното здравно осигуряване.

♦ Свободен избор от здравноосигурените лица на изпълнители на здравни услуги и стоки, сключили договор с НЗОК и/или ЗОД. Правото на избор е валидно за цялата територия на страната и не може да бъде ограничавано по географски, политически, религиозен, икономически и/или административен признак.

♦ Свободен достъп и равнопоставеност при ползването на качествени здравни дейности, услуги и стоки.

♦ Уреждане на взаимоотношенията между НЗОК и здравноосигурителните дружества – от една страна и изпълнителите на здравни услуги и стоки – от друга страна, на договорна основа.

♦ Равнопоставеност на изпълнителите на здравни услуги и стоки при сключване на договори с НЗОК и/или ЗОД.

Допълнителното здравно осигуряване е съвкупност от допълнителни по личен избор и в съответствие с лични предпочитания медицински и немедицински дейности, услуги и стоки за управление на здравен риск във връзка с опазване, поддържане и възстановяване на индивидуалното здраве.

Допълнителното здравно осигуряване *включва* всички допълнителни медицински и немедицински дейности, услуги и стоки, в съответствие със специфичните индивидуални здравни потребности и личните предпочитания на индивида по лицензирани здравноосигурителни пакети.

Допълнителното здравно осигуряване се осъществява въз основа на *принципите* на:

♦ Първостепенно значение и приоритет на профилактичната дейност, услуги и стоки.

♦ Комплексност и непрекъснатост при оказване на здравните услуги до решаване на здравния проблем.

♦ Лично поименно здравно осигуряване на основата на индивидуален договор.

♦ Оценка на риска за индивидуалното здраве.

♦ Доброволно участие на осигурените и/или осигуряващите в договарянето на здравноосигурителни пакети и премията за тях.

♦ Либералност при потребяването на набраните средства за разплащане на оказаните медицински и немедицински дейности, услуги и стоки.

♦ Лична отговорност на осигуреното лице за собственото здраве.

♦ Лицензиран пакет от здравни дейности, услуги и стоки, гарантиран от бюджета на допълнителното здравно осигуряване и предоставян без разлика в цената за еднотипните пакети.

♦ Възстановяване на част от здравноосигурителната премия при неизползване или ограничено ползване на здравни услуги и стоки.

♦ Свободен избор от здравноосигурените лица на изпълнители на здравни услуги и стоки, сключили договор с НЗОК и/или ЗОД.

♦ Свободен достъп и преференциалност при ползването на качествени здравни дейности, услуги и стоки.

♦ Уреждане на взаимоотношенията между НЗОК и ЗОД – от една страна и изпълнителите на здравни услуги и стоки – от друга страна, на договорна основа.

♦ Равнопоставеност на изпълнителите на здравни услуги и стоки при сключване на договори с НЗОК и ЗОД.

## 2. СЪЗДАВАНЕ НА ЗАРАВНООСИГУРИТЕЛЕН ФОНД

Този специализиран фонд на публичните средства за здравеопазване е органично необходим за окончателно прекратяване на всякакви практики и опити за пренасочване на солидни части от средства към републиканския бюджет под формата на годишен остатък или на здравноосигурителния резерв за потпяване на фискалния резерв на държавата.

Средствата от този публичен фонд следва да се използват само и единствено за нуждите на здравеопазването. Всякакви остатъци и приходи (вкл. от санкции) задължително трябва да постъпват в него.

Този фонд следва ежемесечно да превежда на всеки осигурител средствата за здравно осигуряване на избраните го лица по специфичен за осигурител коэффициенти на здравен риск, изчислен на основата на средния за страната годишен коэффициент на здравния риск.

## 3. ПЕРСОНАЛИЗИРАНЕ НА ДОГОВОРА ЗА ЗАРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Гаранция и основна предпоставка за построяване на европейски модел на здравното осигуряване в България е сключването на личен договор за здравно осигуряване, доколкото ключовите думи във всеки европейски модел са личен избор и лична отговорност. На този етап това е правилния подход за мотивиране на всеки гражданин да поеме лична отговорност за собственото и общественото здраве.

Този подход обаче не следва да ограничи инициативата и правото на работодателите и трудовите колективи (в рамките на колективните трудови договори) за допълнително здравно осигуряване от гледна точка на специфичните браншови или производствени здравни потребности.

## 4. НАЦИОНАЛЕН РАМКОВ ДОГОВОР

Дискутабилен е въпросът за запазването на този подзаконен акт като основен инструмент за регулиране на взаимоотношенията в здравеопазването.

От една страна, той е пряк израз на демократичния принцип на договорното начало във всяка индивидуална и колективна дейност и в частност в здравеопазването. От друга страна, тази форма на договаряне изчерпа своя потенциал в резултат на борба за интереси и намошние между институции – МЗ, НЗОК, БАС, БЗС и други. От трета страна, в европейската практика има примери (без НРД) на годишно актуализиране на пакета от основни здравни слуги чрез институцията на републиканските специалисти – според търсенето и предлагането, както и определяне на базови цени за тях въз основа на актюерски изчисления на здравния риск при запазване на свободното ценообразуване от страна на осигурителите.

## 5. ЦЕНИ И ЦЕНООБРАЗУВАНЕ

Колкото и да е странно, все още има професионалисти, които смятат и убедено говорят на различни публични мероприятия и равнища, че здравето е стоката, предмет на търговска дейност в здравеопазването. Това естествено е погрешно, доколкото здравето е обективно явление, т.е. съществуващо във и независимо от нашето съзнание, и в този смисъл представлява страна-свойство – обективна потребност на човешкия индивид и/или човешкото общество. Здравето няма и не може да има цена. Продуктът от дейността по удовлетворяване на тази потребност е здравната услуга и/или стока, която има себестойност и тя се изразява с определена цена според структурата на компонентите на производството на здравната услуга или стока.

В българската практика цените на здравните услуги са административно определени и следователно не изразяват реалната себестойност на услугата. При това положение себестойността на услугите, произвеждани от изпълнителите на здравни услуги по правило са по-високи от цените, заплащани от НЗОК по НРД. В резултат разходите на производителите на здравни услуги, които са търговци по регистрацията, са винаги по-високи от цената плащана от НЗОК, която няма търговска регистрацията и работи с административно определена цена, т.е. купува услуги на много по-ниска цена, която е с нереална себестойност. Резултатът е известен и не се нуждае от обяснение.



Зачестилите опити на отделни изпълнители да внедряват различни форми на допълнително заплащане на здравни услуги по основния пакет на задължителното здравно осигуряване (плащане за избор на лекар, на екип, за медикаменти и консумативи по време на болнично лечение по клинична пътека и много други) очевидно не са регламентирани, но нито МЗ, нито НЗОК реагират на този казус.

От друга страна, НЗОК по силата на НРД и непрозрачни вътрешни правила и правилници прилага административно определени лимити по отношение на вида, обема, срока за оказване на здравни услуги и размера на тяхното финансово покритие.

НЗОК непрекъснато увеличава броя на клиничните пътеки, което на практика е разширяване на определения със заповед на Министъра на здравеопазването основен пакет от здравни услуги с претенцията да обхваща всички дейности по опазване, поддръжане и възстановяване на здравето. В резултат се формира перманентен недостиг на средства, което от своя страна води до рязко влошаване на качеството на здравните услуги и/или съкращаване на необходимото време за решаване на възникнал здравен проблем. Никойт не търси в спекулативна игра с регулативни стандарти, с претенция за отказ от сключване на договори с нови изпълнители на здравни услуги (вкл. високо специализирани), в прилагане на безсмислен двоен контрол (обезсмислящи специализирани надзор на МЗ) и всякакви други нерегламентирани претенции, позовавайки се на законова база, вътрешни правилници и правила. В крайна сметка дейността на НЗОК не е обект на реален професионален надзор и контрол.

В този смисъл НЗОК постепенно се превърна във фактор за дестабилизиране и частично разграждане на националната здравна система.

Времето за нейната демонаполизация настъпи.

#### 6. ИЗПЪЛНИТЕЛНА НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ

Както е известно от години върви дискусиата за приватизацията на лечебните заведения, за запазването на публичния характер на някои здравни заведения, за снемане на търговския характер от дейността на университетските лечебни заведения, за съотношението между публични и частни лечебни заведения и т.н. Дискусионен е въпросът за начина и стъпките в процеса на приватизация – да се приватизира на части или изцяло, да се отдават отделни дейности или цялата дейност за управление, да придобиват собственост здравни професионалисти или това да става без ограничителни условия.

На този етап очевидно е, че приватизация в здравеопазването трябва да се извърши и това да стане в съответствие с ясната правна дефиниция за приватизация. Изпълнителите на здравни услуги следва да са реална страна в системата на здравеопазването и да функционират в условията и по правилата на реалния пазар на здравни услуги.

#### 7. СУБЕКТИТЕ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

В европейските модели в дейността по здравното осигуряване са включени повече от един осигурители. В отделни държави това са само частни здравноосигурителни дружества.

В България през последните години и конкретно в предложените напоследък проекти на закони за усъвършенстване на модела на здравно осигуряване се установи трайна тенденция за снемане на монопола от НЗОК като единствен осигурител и включването на създадените по закон доброволни здравноосигурителни дружества на принципа на равнопоставеност в дейността по задължителното здравно осигуряване. Въвеждането на последните се предлага да стане на етапи като регистрирани по Търговския закон здравноосигурителни дружества, лицензирани по бъдещия Закон за здравното осигуряване. Това естествено изисква регламентиране и регулиране на редица въпроси относно взаимодействието и взаимоотношенията в тази подсистема и в здравеопазването като цяло.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очевидно излизат са всички необходими и достатъчни обстоятелства и предпоставки за преминаване към следващия етап в развитието на българския здравноосигурителен модел.

Най-важното е, че има желание и воля за действие. В този смисъл избираният скорост обществом и професионален дебат в крайна сметка трябва да достигне до консенсус за модела на здравното осигуряване в България.

Предимство за България е, че като член на Европейската общност може да използва вече реализирани решения и практика и да избегне отрицателните страни и прояви в опита на други държави по внедряване на съвременно здравно осигуряване.

Очаквам от дебатите тук в "Клуба на излезните" да се получат разумни и мъдри препоръки по този основен за здравната ни система приоритет.