



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Министър на здравеопазването

НАРОДНО СЪБРАНИЕ
Вх. № <u>КЗ-803-03-2</u>
дата <u>02.10.2018</u> г.

17. 05

Изх. №

02-00-21 / 011018

ДО

**Д-Р ДАНИЕЛА ДАРИТКОВА**  
**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЯТА**  
**ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ КЪМ**  
**44 - ТО НАРОДНО СЪБРАНИЕ**

**Относно:** Концепция за развитие на здравното осигуряване в Република България и за секторни реформи в системата на здравеопазването

**УВАЖАЕМА Д-Р ДАРИТКОВА,**

В изпълнение на т.1 от Решение на Народното събрание от 29.06.2018 г., Ви представям за обсъждане в Комисията по здравеопазването на Народното събрание концепция за развитие на здравното осигуряване в Република България и за секторни реформи в системата на здравеопазването.

В съответствие с т. 2 от Решението на Народното събрание концепцията Ви се представя след проведенно широко обществено обсъждане с всички заинтересовани страни.

Бих желал да Ви информирам, че преди да се организира широко обществено обсъждане чрез организиране на национална Кръгла маса на тема: „Здравна система – предизвикателства и насоки за развитие“, като министър на здравеопазването проведох поредица от срещи за представяне на идейния проект за развитие на здравното осигуряване. Състояха се срещи със съсловните организации, асоциацията на областните болници, сдружението на общинските болници, на университетските болници, на частните болници, националните консултанти по медицински направления и специалности, пациентски организации, представители на фармацевтичния сектор, синдикати и работодателски организации в здравеопазването, застрахователи и др. По време на срещите се обсъдиха редица аспекти и проблеми в здравеопазването, като всички участници подкрепиха

памеренията да се търсят по-добри варианти и насоки за промяна в здравноосигурителната система.

Националната кръгла маса беше предшествана от социологическо проучване на тема: Здравноосигурителен модел: от проблеми към решения. Целта на проведеното социологическо проучване беше да се види гледната точка на гражданите, която категорично потвърди, че е назряла необходимостта от промяна на сега действащия здравноосигурителен модел.

На 26.09.2018 г. се състоя и Националната кръгла маса на тема „Здравна система – предизвикателства и насоки за развитие“, на която присъстваха широк кръг представители на всички участници в здравната система, представители на пациентски организации, много експерти в областта на организация и финансиране на здравеопазването, представители на политически партии, застрахователни дружества, експерти от Световната здравна организация и Световната банка.

Представители на участниците в дискусиата изразиха своите позиции открито и в дух на конструктивизъм.

За уточняване на проблемите и отразяване на конкретните предложения, които се очертаха в хода на дискусиата, в най-скоро време ще бъдат сформирани и работни групи с широко представителство на различни кръгове от сектора, с цел изчистване на определени детайли и постигане на широк консенсус по конкретните теми. Министерството на здравеопазването вече предприе действия за определяне състава на работните групи в отделните направления на здравни дейности, които са свързани с извънболничната медицинска помощ, болничната медицинска помощ, лекарствените продукти, общественото здраве и финансирането на здравеопазването. Целта е в срок до два месеца – до края на м. ноември 2018 г. – на ниво работни групи да се анализират, обсъдят, променят, надградят или доразвият очертаните по време на кръглата маса дискуссионни теми и намерения и представените модели за развитие на здравноосигурителния модел. Едва тогава ще мога да представя на Вашето внимание окончателно предложение за развитие на здравеопазването, което ще премине и през ново обсъждане и дискусия и същото ще бъде предложено за разглеждане от Правителството и Парламента. Успоредно с горното ще продължи и общественият дебат по темата, с участието на различни заинтересовани страни и медии. Ще отразим и предложенията на народните представители и на Комисията по здравеопазване към Народното събрание, постъпили в хода на парламентарните дискусии по въпросите на здравеопазването. Без постигане на обществен консенсус за необходимите промени и намиране на подкрепа и разбиране по всички детайли на бъдещия модел за здравеопазване, няма да предложа на Вас – политиците, окончателна насока или модел за развитие на здравеопазването.

Прилагам описание на Концепцията за развитие на здравното осигуряване в Република България и презентацията на агенция „Алфа рисърч“ за проведеното социологическо проучване, както и аудио запис от проведената кръгла маса – дискуссионен форум.

Подчертавам, че материалът няма претенции за изчерпателност или окончателна версия на направените предложения. Той очертава проблемите в сектора и дава

предложения за тяхното преодоляване в два варианта, но както беше отбелязано предстоят конкретни работни дискусии за отразяване на детайли, спорни моменти и при необходимост разработване на допълнителни и/или различни варианти на предложения.

Уверен съм, че обсъждането на ниво работни групи, детайлизирането и развитието на концепцията и намеренията за развитие на здравеопазването, а и позицията и дебатите в Комисията по здравеопазване към Народното събрание, ще допринесат за приемане на най-доброто решение за бъдещето на сектора.

Допълнително, в хода на обсъждане и приемането на бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2019 г. ще предложим, съвместно с Националната здравноосигурителна каса, и други мерки, които ще доведат до по-добър контрол на разходите за здравеопазване.

Оставам на разположение за допълнителна информация и обсъждания до постигане на максимално широк обществен консенсус по тази изключително важна и значима за обществото тема.

С уважение,

**КИРИЛ АНАНИЕВ**

*Министър на здравеопазването*



**ЗДРАВНА СИСТЕМА  
ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА  
И НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕ**

## ДЕЙСТВАЩА ЗДРАВНА СИСТЕМА – КРАТКА ХАРАКТЕРИСТИКА

### Солидарен задължителен осигурителен фонд

- Задължителна осигурителна вноска – 8% върху доходите.  
Персонални вноски, съхранявани в неперсонализирани сметки;
- Държавата заплаща за определени категории и групи от населението;
- Средствата се разходват солидарно;
- Сметката се заплаща от НЗОК изцяло за сметка на солидарния осигурителен фонд;
- Пациентът доплаща за леглодни;
- Пациентът не получава сметка (единствено касов бон за заплатени леглодни);
- Доброволни застраховки – такава има едва 11% от населението над 18 години (2017);
- Съществуват безотчетни и/или нерегламентирани плащания, както и редица (полу-) регламентирани доплащания за услуги, които пациентът е задължен да избере, независимо дали желае или не (*напр. избор на екип, вкл. когато лечебното заведение разполага само с един екип*).

## ДЕЙСТВАЩА ЗДРАВНА СИСТЕМА – ПРЕДИМСТВА

- ✓ Свръх-капацитет в болничната помощ. Високо ниво на специализация;
- ✓ Добре обучени и висококвалифицирани медицински специалисти;
- ✓ Бърз достъп до болнична медицинска помощ във всичките ѝ аспекти – спешна помощ, остри случаи, високоспециализирани дейности;
- ✓ Укрепване на капацитета на общественото здравеопазване по отношение на преодоляване на рискови фактори за възникване на хронични незаразни заболявания, реализиране на дейности за превенция и контрол на ХИВ, тютюнопушене, туберкулоза, наднормено тегло и други;

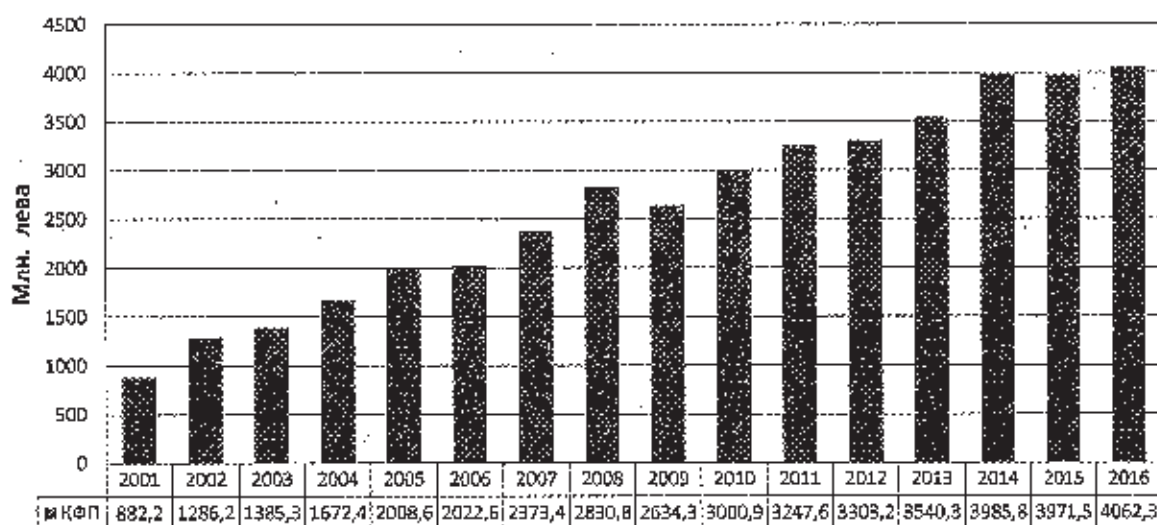
- ✓ Добре развиваща се система на интегрирани здравно-социални дейности и услуги, финансирана на този етап с ЕС средства;
- ✓ Система, сравнително лесна за управление.

## ДЕЙСТВАЩА ЗДРАВНА СИСТЕМА – НЕДОСТАТЪЦИ

- Нарастване на публичните средства за здравеопазване без постигане на желаните медицински резултати и удовлетвореност от пациентите за ефекта от лечението;
- Стимули за увеличаване на броя на „преминалите“ пациенти – всеки трети българин е „преминал“ поне по веднъж през 2017 г.;
- Позволява увеличаване на сметките на пациентите за сметка на екстри.
- „Отворена“ система за отчитане на работата на лечебните заведения и финансирането на болничната система, без механизми за контрол и регулиране на разходите;
- Нарастване на разходите за болнично лечение, лекарствени средства, медицински изделия, изпреварващи ръста на средствата по бюджета, което не води до по-голяма удовлетвореност на пациентите;
- Разкриване на нови дейности и разширяване обхвата на договорните партньори на НЗОК без конкретно и дългосрочно планиране;
- Липсва на координация между извънболничната и болничната системи. Недостатъчно ефективна доболнична система;
- Небалансирана система в полза на разходите за активно лечение и лекарства спрямо тези за дейности по превенция и профилактика;
- Отсъствие на медицински критерии и стандарти за проследяване качеството и ефективността на лечение на пациентите;
- Териториални дисбаланси в разпределението на ресурсите и медицинските специалисти;
- Неясна и непрозрачна система за реализиране на специализациите, за планиране на обучението и за продължаващото обучение – политиката не се ръководи от МЗ;
- Липса на критерии за съответствие между медицински стандарти, акредитация и разрешителни за дейност на лечебните заведения;

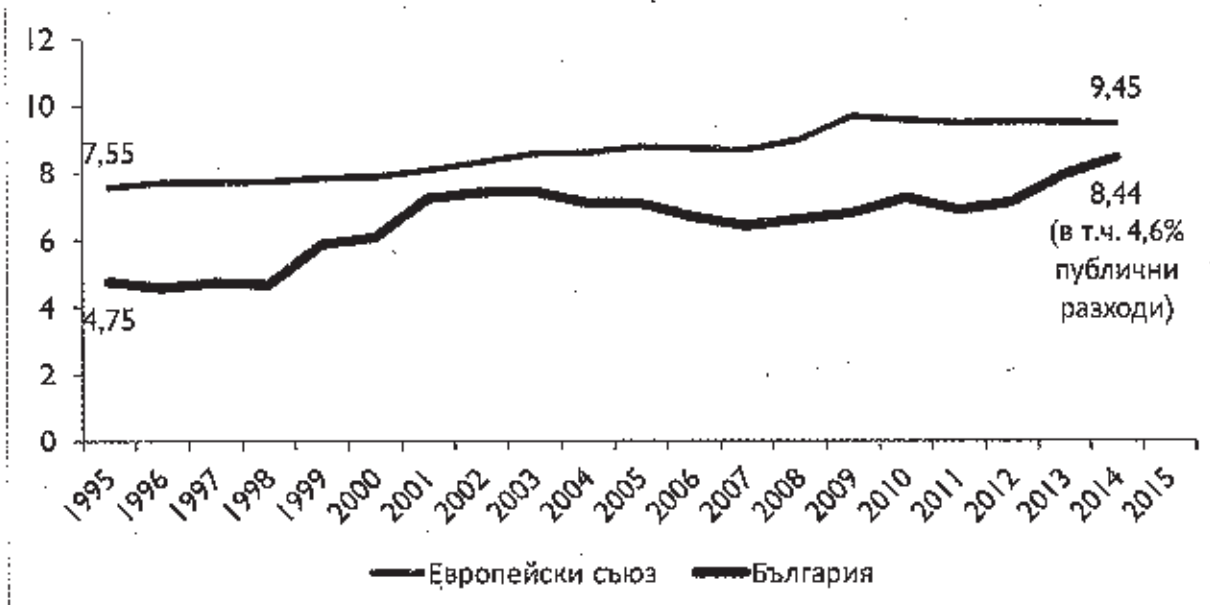
- Дублиране на дейности, финансирани от различни източници – МЗ, НЗОК и доброволно застраховане - предназначени за лечение на едни и същи заболявания;
- „Традиционно“ сключване на договори между НЗОК (РЗОК) и лечебните заведения „на база налични легла“, без контрол за изпълнение на критериите и изискванията от страна на лечебното заведение;
- Натоварване на болничната помощ с чисто социални и немедицински дейности;
- Неудовлетвореност на населението от качеството на предоставяните здравни услуги и големият и нерегламентиран размер на доплащанията;
- Отсъствие на интегрирана информационна система и система за статистическо и аналитично наблюдение на резултатите и ефективността на разходите;
- Неудовлетвореност на медицинския персонал от равнището на трудовите възнаграждения.

### Разходи функция "Здравеопазване" по години

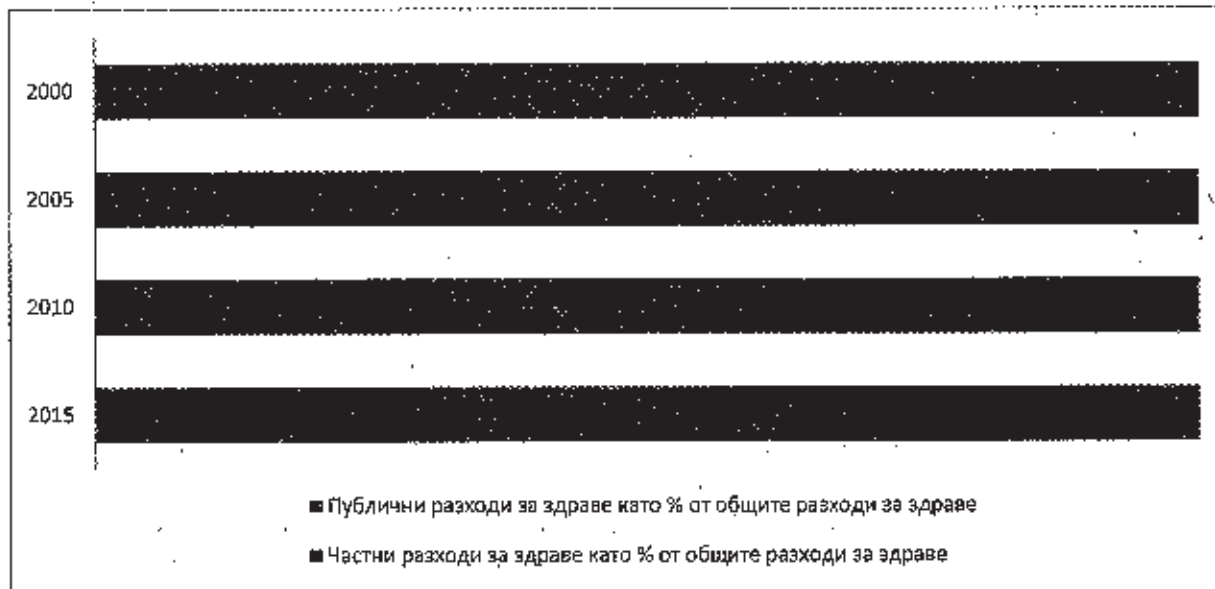


- Публичните разходи за здравеопазване нарастват от 810 млн.лв. през 1998 г. до 4,3 млрд.лв. през 2017 г. Съответно техният дял в БВП е от 3,1 % до 4,6 %.
- По данни на различни проучвания на ЕС, Световна банка и СЗО, съотношението между публични и частни разходи за здраве се измества в посока на увеличение на частните за сметка на публичните разходи.

### РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ КАТО ПРОЦЕНТ ОТ БВП. ДЕЛЪТ НА ПУБЛИЧНИТЕ РАЗХОДИ ПРЕЗ 2015 Г. Е 4,6% ОТ БВП



## Съотношение публични и частни разходи за здраве – данни на Световната Здравна Организация



### ЗДРАВНА СИСТЕМА – НОВ МОДЕЛ ЦЕЛИ

- Да се подобри удовлетвореността на пациентите чрез постигането на социален консенсус;
- Да се подобри ефективността на използването на средствата в здравната система;
- Да се оптимизира структурата и разпределението на болничните ресурси и да се преодолеят териториалните дисбаланси в системата;
- Да се намали и елиминира дялът на нерегламентираният разходи в системата, които на този етап се съизмерват с мащаба на публичните разходи за здравеопазване;
- Да се подобри контрола в системата;
- Да се измерва качеството на лечението и се проследяват ефектите от прилаганите терапии върху пациентите;
- Да се създаде потенциал за реализиране на нови политики и програми и за инвестиции и обновяване на материалната база и технологиите за лечение.



## МОДЕЛ А –

### НЕЗАБАВНА КОНКУРЕНЦИЯ НА НЗОК СЪС ЗАСТРАХОВАТЕЛИ

#### Задължително здравно осигуряване с възможност за личен избор на осигурителен фонд между частни застрахователи:

- Въвеждане на форми на конкуренция между НЗОК и застрахователи – дисциплина и отчетност в системата;
  - Дву-стълбов модел – задължително осигуряване срещу 8% и допълнително доброволно застраховане
- Конкуренция за финансиране между НЗОК и застрахователите;
  - Времевият хоризонт за реализирането обаче е още в хода на 2019 г. с възникването на застрахователно дружество, което да покрие изискванията за работа на конкурентен принцип с НЗОК. От този момент здравните вноски на записаните при застраховател пациенти се прехвърлят не към НЗОК, а към съответния застраховател. При фалит на застраховател пациентите ще се обслужват от НЗОК или гаранционен фонд за определен период от време до избор на нов застраховател/осигурител.
  - Лекарите в извънболничната помощ ще трябва да изпращат пациента за болнично лечение само в болница, сключила договор със същия застраховател. За да не стане това трябва лекарите от доболничната помощ да имат договор с всички застрахователи.

#### МЕХАНИЗМИ НА РАБОТА НА МОДЕЛА – ВАРИАНТ А

- НЗОК и застрахователите се договарят пряко за предоставянето на здравни услуги с лечебните заведения, които отговарят както на национално определените изисквания и на техните специфични критерии за качество и удовлетвореност на потребителите. НЗОК и застрахователите сключват договори с изпълнителите на медицински услуги на конкурентен принцип;
- НЗОК има същия статут като застрахователите и става напълно конкурентна.
- Законодателно се определя система за управление на риска на основата на критерии за разпределяне на риска между застрахователите, които включват пол, възраст, регион, като формулата за разпределение на риска се усъвършенства ежегодно. Целта е да се елиминира селекцията на основа на здравния статус на лицето;

- НАП акумулира и превежда на месечна база вноските на всички здравноосигурени пациенти към НЗОК или застрахователя за записаните пациенти;
- Превеждането на средствата от вноските към застрахователите е базирано на броя на осигурените и размера на здравноосигурителните им вноски след прилагането на механизъм за изплаждане на риска и се извършва непосредствено след постъпване на вноските на месечна база. По този начин управлението на ресурса се прехвърля върху НЗОК и/или застрахователя. Средствата се използват за здравноосигурителни плащания, административни разходи, участие в положителния резултат и при ефективност на фонда – печалба, преразпределяна по определени правила за записаните лица.
- Всички осигурители, вкл. НЗОК, следва да са лицензирани и да отговарят на определени условия, дефинирани със закон.

## УЧАСТНИЦИ В МОДЕЛ А

### Застрахователи

- Получават национален статут и право да оперират на територията на цялата страна;
- Задължени са да записват всички желаещи. Забранява се селектирането на клиенти;
- Конкурират се на основата на качеството на договорените с доставчиците здравни услуги, които те осигуряват за своите клиенти, както и на бонусите и отстъпките, които предоставят на осигурените лица. Конкурират се чрез предлагането на разнообразни пакети от допълнителни здравни услуги по избор на клиентите си;
- Трябва да гарантират, че техните членове ще получават достъпни и своевременно услуги;

### Национална здравноосигурителна каса (НЗОК)

- Изпълнява ролята на солидарен фонд;
- Конкурира се със застрахователите;
- Продължава да изпълнява настоящите си функции, в конкуренция със застрахователите.

## Национална агенция за приходите (НАП)

- Запазват настоящите си функции и роля в процеса.

## ГАРАНЦИОНЕН ФОНД

Гаранционен фонд - регламентира се законодателно.

Формира се от средства, набрани от здравно-осигурителни вноски през първата година. Средствата в гаранционния фонд могат да се усвояват единствено за здравноосигурителни плащания на застрахователи в несъстоятелност, при строго законово регламентирани ред и условия.

## ПРЕИМУЩЕСТВА НА МОДЕЛА ПРИ ВАРИАНТ А

- ✓ Запазване на социално преразпределителните механизми;
- ✓ Запазване на размера на средствата в обхвата на настоящото задължително здравно осигуряване
- ✓ Еднакъв процент на здравноосигурителната вноска за всички – за осигуряване на равенство във финансирането;
- ✓ Еднакъв основен пакет здравни услуги - равенство в достъпа;
- ✓ Гарантира се финансовата стабилност на системата поради запазване функциите и участието на НЗОК, в случай на фалит на застрахователи. Превеждане на средствата на застрахователите на месечна база, което при настъпване на неблагоприятни събития дава възможност за предприемане на необходимите действия за предпазване на пациентите;
- ✓ Възможности за прилагане на селективно договаряне и избор на контрагенти на осигурителите/застрахователи. Бързо реструктуриране на инфраструктурата и на системата на изпълнители на медицинска помощ;
- ✓ Конкуренция за НЗОК, което следва да подобри качеството в подбора на договорни партньори на финансиращите институции и в повишаване ефективността на тяхната работа.

## НЕДОСТАТЪЦИ НА МОДЕЛА ПРИ ВАРИАНТ А

- ❑ Отсъствие на възможности здравноосигурените лица да придобият знания за работата на застрахователите и това, което те предлагат в началото на промяната;
- ❑ Трудна за администриране в началото система, ще изисква допълнителни еднократни разходи;
- ❑ Отсъствие на възможности за финансиране на нови дейности и политики, освен със средствата, реализирани в резултат на подобряване контрола в системата;
- ❑ Риск от запазване на нерегламентираните плащания;

Възможностите за преодоляване на рисковете от този вариант са в прилагането му като втори етап на Модел Б.

## ЗДРАВНА СИСТЕМА – МОДЕЛ Б

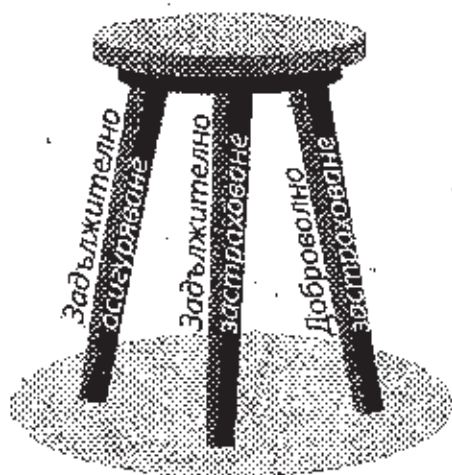
### ИКОНОМИЧЕСКИ ПРИНЦИПИ ПРИ ВЗИМАНЕ НА РЕШЕНИЯТА ЗА ВЪВЕЖДАНЕ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ДОПЪЛНИТЕЛНО ЗАСТРАХОВАНЕ

- ❖ **Морален риск (Moral Hazard):** осигурени поемат повече здравни рискове и търсят медицински услуги по-често от неосигурените;
- ❖ **Неблагоприятен подбор (Adverse Selection):** тенденцията хората да купуват застраховка само когато са сигурни, че ще се възползват от нея, т.е. купуват само най-болните и здравите отпадат. Преодолява се най-ефективно със задължително застраховане;
- ❖ **Асиметрична информация (Asymmetric Information):** само лицето знае риска си и само лекаря знае колко необходими са услугите за пациента;
- ❖ **Търсене в резултат от изобилие (Supply creates its own demand):** търсенето на медицински услуги е пропорционално на предлагането им. Преодолява се чрез дългосрочна яснота за броя на договорни партньори.

### ЗДРАВНА СИСТЕМА – МОДЕЛ Б - ФИНАНСИРАНЕ

- Най-съществената характеристика на новия здравен модел е преминаването от чисто солидарен осигурителен модел към персонализиран здравно-осигурителен модел. Тази промяна ще се извърши поетапно – от съвместно участие на НЗОК и застрахователите в дейностите до пълна и цялостна демонополизация на НЗОК – вариант А.

- Финансирането на новата здравна система модел Б е базирано на съчетаване на три стълба, гарантиращо нейната устойчивост и възможност за бъдещо развитие. Ще се изгради смесена система на финансиране с няколко нива на защита на гражданите.
- Новият здравен модел Б се реализира от следните припокриващи се и взаимно допълващи се компоненти:



- **Първи стълб** – **Задължително осигуряване** – 8%-но здравно осигуряване;
- **Втори стълб** - **Задължително здравно застраховане** – задължителна за всички здравна застраховка с фиксирана премия;
- **Трети стълб** - **Доброволно здравно застраховане** – класическо застраховане

## ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б – ОПИСАНИЕ

- Ресурсът се генерира от 8 %-ната задължителна осигурителна вноска и фиксираната (в рамките на годината) задължителна застрахователна премия. Размерът на задължителната застрахователна премия се договаря на базата на постигнати резултати с участието на държавата и застрахователите;
- Провежда се национално рамково договаряне на цени и обеми на медицинските дейности между съсловните организации на лекари по медицина, дентални лекари, НЗОК и МЗ.
- Така определените цени са национални, задължителни цени в рамките на основния пакет услуги;
- Срокът на валидност на националните цени е предмет на договаряне. Същият не може да бъде по-кратък от една година;
- Националното рамково договаряне ще има постоянна и променлива част. Постоянната ще отразява условия и ред за сключване на договори, за предоставяне на медицинската помощ, за критерии за качество и ефективност, за отчетност, за методите на заплащане на видовете дейности;
- Застрахователите ще се присъединяват към договорите на НЗОК с изпълнителите на медицинска помощ като ще следват общите условия на националното рамково договаряне;
- Всяко ЛЗ ще може да избира на какви цени работи, като при различие с определените в хода на националното рамково договаряне е длъжно да ги регистрира и да обявява на видно място. Разликата над националната цена се доплаща – от пациента или от доброволна застраховка на пациента.

## ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б ПЪРВИ СТЬЛБ

- Всеки осигуряващ ще заплаща Задължителна здравна осигуровка - 8% от дохода (2018 г. - от 40 до 208 лв.; средно 88 лв. месечно);
- При стартиране на системата вариант Б - НЗОК ще бъде единственият осигурител.

## ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б - ВТОРИ СТЬЛБ

### – ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ДОПЪЛНИТЕЛНО ЗДРАВНО ЗАСТРАХОВАНЕ

- Всеки задължително здравно осигурен се застрахова допълнително за покриване на лечение от обхвата на основния пакет;
- Застрахователната премия не зависи от доходите на лицето;
- Застрахователната премия се изплаща еднократно за годината или на месечни вноски;
- Застрахователите нямат право да отказват застраховане на здравно осигурен. Забранява се селектирането на клиенти;
- Гражданите имат право свободно да избират и да променят своя застраховател по ред, предвиден в Кодекса за застраховане;
- Държавата покрива застраховките на пенсионери, безработни, социално слаби и деца. Държавните служители сами ще заплащат допълнителната задължителна застраховка.
- НЗОК също ще може да се конкурира за участие във втория и третия стълб.

### Застрахователите:

- Изпълняват изисквания за поддържане на финансова устойчивост и инвестиции, определени в относимата нормативна уредба - Кодекса за застраховане и разпоредбите на КФН;
- Спазват изискванията за отчетност към КФН, Националната здравна информационна система и Националната система за обработка на статистическата информация;
- Имат контролен орган, който да проверява дейността на договорните партньори и да защитава интересите на пациентите;
- Спазват изисквания за оптимален дял на разходите за административна издръжка;
- Могат да генерират печалба по ред и условия, определени от КФН;
- Всички активи и задължения, свързани със задължителното здравно застраховане, се обособяват, управляват и организират отделно от другите дейности на застрахователите, **без никаква възможност за прехвърляне.**

## ФИНАНСИРАНЕ – ГАРАНЦИОНЕН ФОНД

### НАСТОЯЩА СИСТЕМА

- липсва

### НОВА СИСТЕМА МОДЕЛ Б

- Гаранционният (здравен) фонд се създава от лицензираните застрахователи, членове на Асоциацията на здравните застрахователи;
- Редът и правилата за неговото създаване и функциониране се определят с нарочен раздел в Кодекса за застраховане;
- Гаранционният фонд покрива плащания, които не могат да бъдат изпълнени от лицето или застрахователя, извършил задължителната застраховка.

## ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

Към осигурителите и застрахователите, които се очаква да участват в новата здравна система могат да се предявят редица специални изисквания, например:

- Минимум брой записани лица – 500 хил.;
- Национално представителство с офиси във всички областни градове;
- Пълно покритие на територията на страната с договори за извънболнична и болнична медицинска помощ по ред, определен от МЗ;
- Задължение за използването на Националната здравна информационна система.

С цел избягване на евентуални отклонения от действащото право на ЕС всеки елемент на Новата здравна система ще бъде предварително съгласуван с компетентните европейски институции.



## ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

### БОЛНИЧНА ПОМОЩ – ПРИНЦИПИ

#### Критична линия

- Периодично се определя **Критична линия** или **Гранична стойност** – сума, над която еднократната сметка за престой и лечение в болнично заведение се заплаща по линията на задължителната застраховка.
- Ако сумата не надхвърля критичната линия, сметката се заплаща съвместно от осигурителя (Здравната каса) и пациента (co-payment).

**Забележка:** Разчетите за нивата на критичната линия, нивата на заплащане и на допълнителната задължителна застраховка в примерите са условни, на базата на данните от отчетите на НЗОК за 2017 г. Същите подлежат на анализ, промяна и допълнителни анализи в работни групи и ще бъдат обект на бъдещи национални рамкови договаряния. Ще са съобразени и обвързани с параметрите на разходите по КФП за съответната година за функция „Здравеопазване“.

## ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

### БОЛНИЧНА ПОМОЩ – ПРИНЦИПИ (2)

- Периодично, при промяна на националните цени за лечение в болничните заведения, се определя нова **Гранична линия**;
- Граничната линия се определя в хода на националното рамково договаряне, а последващо с участието на застрахователи на базата на актуалните единични цени на клиничните пътеки, заболеваемостта, броя случаи, броя осигурени лица, социална приемливост на максималната сума, която трябва да заплати пациентът за своя дял от сметката;
- Граничната линия служи за определяне на участието на Първия и Втория стълб в заплащането на разходите за лечение;
- Въвеждането на Новата здравна система става в условията на заплащане, базирано на Клинични пътеки и Клинични и Амбулаторни процедури. В бъдеще е възможно преминаване към друг метод на заплащане – Диагностично свързани групи и други;

- Единичните цени се коригират при необходимост не по-често от веднъж годишно. Новите цени се утвърждават в хода на националната рамково договаряне;
- Така определените цени се наричат “Национални цени”;
- Всяко ЛЗ може да регистрира и прилага свои собствени цени, различни или не от Националните;
- Аналогично се определят национални цени и за лекарствени средства и медицински изделия.

## **ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б**

### **БОЛНИЧНА ПОМОЩ – ЗАПЛАЩАНЕ**

#### **Ако болничната сметка не надвишава Граничната линия:**

- Осигурителният пул заплаща 90% от сумата;
- Пациентът заплаща 10% от сумата по сметката. Ако лицето има доброволна застраховка, покриваща това събитие, сумата се възстановява от застрахователя;
- Пациентът не доплаща за нищо друго от обхвата на основния пакет!
- Ако пациентът е ползвал (по желание) някакви екстри, заплаща за тях в брой или по реда на нарочно доброволно застраховане;
- Цените на услугите и екстрите (допълнителните услуги) се описват в сметката. (т.е., в сметката се описва всичко подробно като фискален бон, който се предоставя на пациента за всяка заплатена от него дейност в болницата).

#### **Ако болничната сметка надвишава Граничната линия:**

- Осигурителният пул заплаща 90% от Граничната линия (в примера – 90% от 700 лв. – 630 лв.);
- Останалата част от сметката се покрива от задължителната здравна застраховка на пациента;
- Пациентът не доплаща за нищо друго от обхвата на основния пакет!
- Ако пациентът е ползвал (по желание) някакви екстри, заплаща за тях в брой или по реда на доброволно застраховане;
- Цените на услугите и екстрите (допълнителните услуги) се описват в сметката. (т.е., в сметката се описва всичко като фискален бон и се предоставя на пациента);

### **Ако болничната сметка надвишава Граничната линия - Пример:**

Национална цена на КП: 10,000 лв.

Национална цена на използваните за лечение медицински изделия – 5,000 лв.

ЛЗ работи при цени еднакви с националните.

Осигурителният пул заплаща 630 лв. при 90%.

Застрахователният пул заплаща  $15,000 - 630 = 14,370$  лв.

Пациентът не заплаща нищо.

### **СИМУЛАЦИЯ - РЕЗУЛТАТИ**

**CO-PAYMENT - 10%**

Симулацията показва следното:

- **Приходи (Условни приходи):**  
Дял от 8%-то задължително осигуряване, заделен за болнична помощ – 1 696 мил. лв.
- **Гранична цена – 700 лв.**
- Брой случаи с цена, ненадвишаваща граничната : 2,7 млн. – 84% от общия брой (3,3 млн.) случаи.  
Сумарна стойност на тези случаи – 855 млн. лв. – 50,4% от общата сума от 1,696 млн. лв.
- Тези случаи се заплащат съвместно (co-payment) от ЗК и пациентът.  
ЗК заплаща 90% или 769,5 млн. лв., а пациентите – 85,5 млн. лв.  
(суми заплатените през 2017 г. 90 млн. лева „такса леглодни“.)
- Останалите 523 хил. случая са с цена, надвишаваща граничната стойност от 700 лева.  
Тяхната сумарна стойност е 840 млн. лв.
- За тези случаи НЗОК заплаща 329 млн. лв. (523 хил. x 630 лв.).  
Застрахователите заплащат на лечебните заведения 511 млн. лв.

## СИМУЛАЦИЯ – СРАВНЕНИЕ И РЕКАПИТУЛАЦИЯ

### CO-PAYMENT - 10%

#### 2017 Г. - СТАРА СИСТЕМА

- Отчетени и заплатени дейности през 2017 г. (по касов отчет)

Обем (бр.)	3 252 123
Стойност (лв.)	1 695 786 128
- В т.ч.
  - Клинични пътеки -  
1 921 688 бр. за 1 451 814 702 лв.
  - Клинични процедури -  
215 638 бр. за 68 884 379 лв.
  - Амбулаторни процедури -  
1 114 797 бр. за 175 087 047 лв.
- Тези плащания са изцяло за сметка на 8%-ната задължителна осигуровка. Платецът е НЗОК.
- В горните суми НЕ СА ВКЛЮЧЕНИ заплатените от пациентите над 9-те млн. леглодни. При 2% от минималната заплата това формира нови 90 млн. разходи за пациента.

#### 2017 Г. - НОВА СИСТЕМА (СИМУЛАЦИЯ)

- Разходи на Здравната Каса - 1,099 мил. лв. Тази сума е 65% от общата стойност на платените болнички услуги. Остават неизползвани 597 млн. лв. (35%) „условни приходи“.  
Към тази сума следва да се добавят и 90-те млн. за леглодни, които вече няма да се заплащат.
- Разходи на пациентите: 85 мил. лв. или 5,0% от общата стойност. Тази сума следва да се сравни с 90-те млн. лева, заплатени за „леглодни“.
- Разходи на застрахователите: 511 млн. лв. или 30% от общо заплатените суми.
- Общата сума на събраните застрахователните премии (при 12 лв. месечно и 6 млн. застраховани / осигурени) е 864 млн. лв. Остават неизползвани 353 млн. лв. (41% от събраните премии).  
Това показва, че застрахователната премия може да се намали значително под разчетените 12 лв.

## СИМУЛАЦИЯ – СРАВНЕНИЕ

### СУМИ, С КОИТО РАЗПОЛАГА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

2017 Г. - СТАРА СИСТЕМА; ОБЩО 1,696 МИЛ. ЛВ.

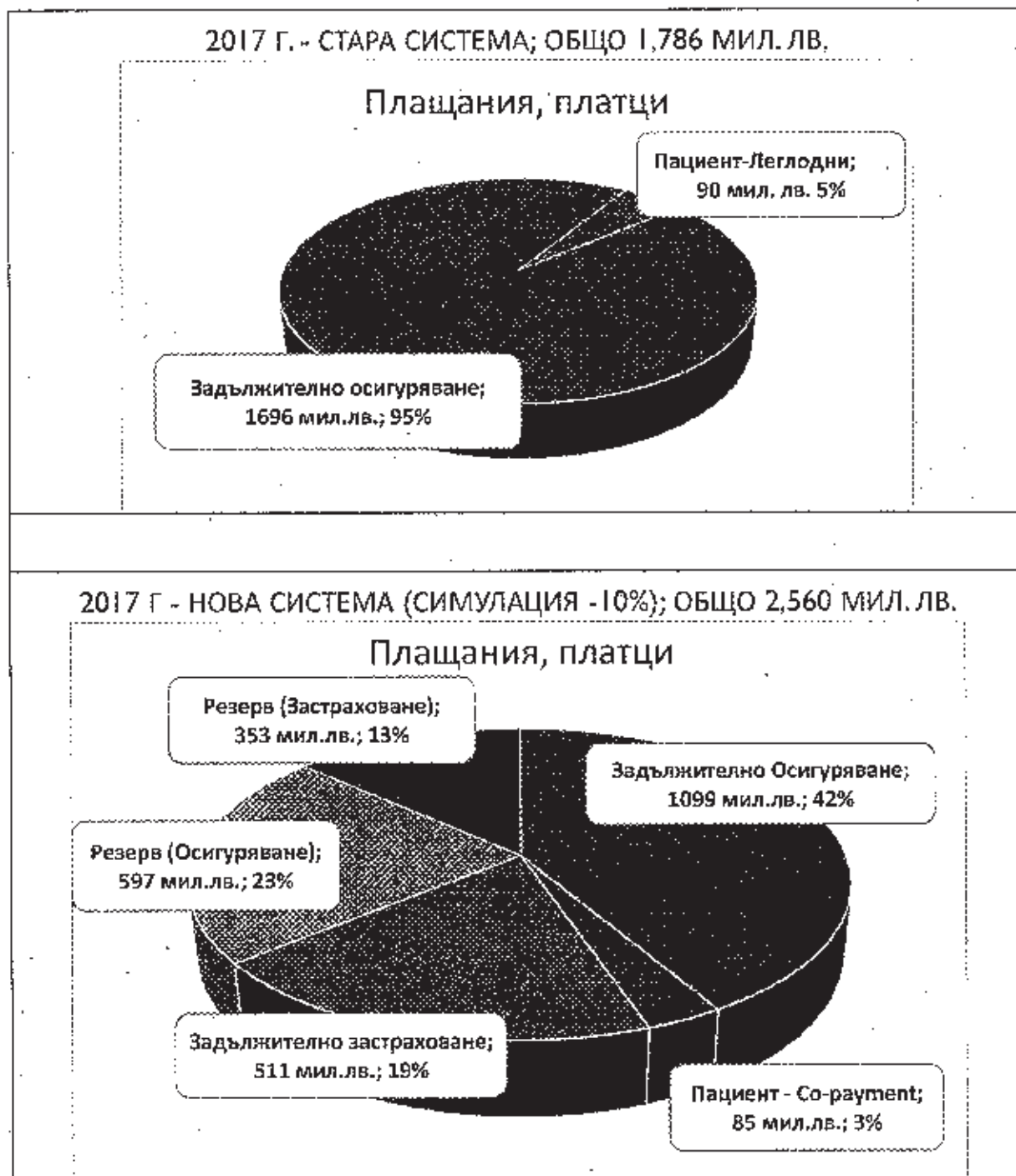


2017 Г - НОВА СИСТЕМА (СИМУЛАЦИЯ); ОБЩО 2,560 МИЛ. ЛВ.



## СИМУЛАЦИЯ – СРАВНЕНИЕ

### СУМИ, С КОИТО СЕ РАЗПЛАЩА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ



## ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

### ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ БОЛНИЦИТЕ

- Въвеждат се: единни правила и изисквания за финансово управление на лечебните заведения, независимо от формата на собственост; единни правила за провеждане на обществени поръчки и за отчетност, когато се работи с публични средства;
- Всички лечебни заведения са равнопоставени при ползването на публичен ресурс при модел А и Б;
- Ролята на работодателите и синдикати следва да се увеличи от гледна точка защита правата на лекари и специалисти по здравни грижи при определяне правилата за заплащане в лечебните заведения. Правата на специалистите по здравни грижи трябва също да бъдат удовлетворени при формиране на принципите за заплащане на техния труд;
- Държавата ще оптимизира медицинските стандарти и ще въведе Правила за добра медицинска практика и за въвеждане на медицински практики, клинични насоки, правила за профилактика, диагностика и лечение, базирани на утвърдени европейски практики. Това ще става по предложение на съсловните организации и научните дружества – бордове по специалности към съсловните организации;
- Ясно се регламентира възможността за работа на лекарите само на един трудов договор в болница.



## **ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б**

### **ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ**

- Първоначално се запазва досегашният модел на заплащане на базата на капитация и дейности;
- Допълнителните средства за доболнична помощ следва да са единствено за дейности, свързани с профилактика, изисквания за качество и ефективност на лечението, за конкретни резултати, а не за отчетен преглед или записан пациент;
- Въвеждане на електронни рецепти за хронично болни пациенти;
- Санкции за лица, които не са реализирали задължителните си профилактични прегледи – по-висока вноска, заплащане на дейностите на по-високи цени.

## **ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б**

### **СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ**

- Запазва се участието на пациента в заплащането в минимален размер от стойността на прегледа, но с цел контрол върху разходите;
- Специалистите от извънболничната помощ могат да регистрират цени, различни от националните.

## **ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б**

### **ДЕНТАЛНА ПОМОЩ**

- Запазва се досегашния метод на заплащане;
- При наличие на средства се увеличава пакетът от „безплатни за пациента дейности“ (заплащани досега 100% от НЗОК) при наличие на допълнителни средства;
- За нови дейности се взима решение за размера на доплащането от страна на пациента на базата на анализ на средствата и в хода на Националното рамково договаряне;
- Доброволно здравно застраховане за дейности, извън основния пакет.

## ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

### ЛЕКАРСТВЕНИ СРЕДСТВА

- Министерството на здравеопазването обявяват списък с цени на лекарства, заплащани с публични и държавни средства;
- Централизирано договаряне на цени на лекарства за болници;
- Различни модели на договаряне на отстъпки;
- Въвеждане на критерии за заплащане срещу резултат;
- По-строги правила и критерии за оценка на здравните технологии на примера на ЕС практики;
- Използване на генерични лекарствени средства. Търговските наименования могат да бъдат покривани чрез директни плащания и/или допълнително застраховане;
- Анализ на практиките за вертикална интеграция по веригата производител-дистрибутор-аптека.

## ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

### МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ

- Министерството на здравеопазването централизирано договаря цени на изделията за болници;
- Цените и списъците са национални и се утвърждават и обявяват. Създава се методика за рефериране на цени на централно ниво;
- Строг контрол върху производители и търговци;
- Прилагане на различни схеми на договаряне на отстъпки.

# НОВА ЗДРАВНА СИСТЕМА – МОДЕЛ Б

## SWOT-АНАЛИЗ



## НОВА ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б



### Предимства (Strenghts):

- Лична ангажираност на гражданите;
- По-високо ниво на контрол - за намаляване на фиктивните плащания и регламентиране на плащанията в системата;
- Осигуряване на повече средства чрез добавяне на задължителни и доброволни застрахователни компоненти към основния спестовен компонент;
- Осигуряване на качествена и достъпна медицинска помощ при ясни правила, гарантиращи правата и задълженията на пациентите;
- Запазване на социални елементи в системата на здравеопазването;
- Преструктуриране на болничния сектор;
- Оптимизиране на достъпа до долекуване/продължителни грижи и подобряване на профилактиката;
- Въвеждане на дълготрайна политика и визия за развитие на здравната система, което ще позволи достатъчно предвидимост в системата;
- Запазване ролята на съсловните организации, но и добавяне на нова роля от гледна точка контрола върху качеството на медицинската помощ и определянето на критерии за качество и правила за добра медицинска практика;
- Възможности за селективен подбор на договорни партньори на базата на качество на медицинска помощ.

## НОВА ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

### Недостатъци (Weaknesses):

- Административни затруднения в системата докато заработи;
- Фрагментиране и мултиплициране на административните разходи поради въвеждането на повече „платци“ в системата.
- Необходимост от решаване на спорни моменти при реализиране на съвместни плащания между НЗОК и застрахователи – плаща се от НЗОК и после арбитраж решава дали да се удържи цялостно сумата от лечебното заведение или средствата са дължими.



## НОВА ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

### Възможности (Opportunities):

- Пълен интегритет и стабилизиране на здравеопазването като цялостна система;
- Необходимост от политически консенсус за нуждата от реформа;
- Социално очакване за реформа;
- По-добра координация между различните видове медицинска помощ – неотложна, ПИМП, СИМП, болнична.



- Ефективно въвеждане на долекуването като елемент на лечението;
- Ефективно и приоритетно изразходване на публичния и частния ресурс;
- Обвързване на интересите на пациента, публичния и частния сектор.

## НОВА ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

### Опасности (Threats):

- Натиск за запазване на статуквото;
- Забавяне на цялостната реформа и неправилното ѝ представяне в общественото пространство
- Текучество на ръководния персонал в структурно-определящи институции – МЗ, НЗОК, РЗИ, ИАЛ и др.
- Инфраструктурни слабости/опасности на настоящата система.



## ПРЕДИМСТВА НА МОДЕЛ Б

По-добър контрол в системата чрез:

- Въвеждане на национални централизирани търгове за лекарства и за медицински изделия;
- Въвеждане на троен контрол в системата чрез участието на осигурител, пациент и застраховател;
- Въвеждане на Национална здравна електронна система, електронна рецепта, регистри, системи и правила за обмен на данни, статистически наблюдения и анализи. Движението на пациента и резултатите от неговото лечение ще се отразяват в реално време, а не след настъпване на събитието;
- Въвеждането на механизми за заплащане срещу резултат. Обвързване на заплащането с качеството;
- Осъществяване на постоянен контрол за цените, на които работят отделните лечебни заведения.
- Персонализирана отговорността на лицето за здравето му;
- Липса на нерегламентирани плащания и неформални доплащания;
- Спестяване на средства от задължителното осигуряване, които могат да се използват за профилактика и превенция, за допълнителни дейности като долекуване, рехабилитация, продължително лечение, за увеличаване цените на дейностите от основния пакет, спрямо настоящите, за по-голям дял на заплащане напълно на лекарства за лечение на социално значими и масови заболявания като болести на органите на кръвообращението например и други класове болести;
- Преструктуриране на неефективни структури;
- Оптимизиране на обема на дейностите в резултат на по-добрия контрол.

## НЕДОСТАТЪЦИ НА МОДЕЛА

- По-сложна за администриране система;
- Съществена промяна в нормативната уредба;
- Увеличаване на отчетността – до въвеждането на Единна електронна система;
- Необходимост от време за изграждане на доверие в здравните застрахователи;
- Възможности за скрита селекция на риска и за срит подбор на лечебни заведения, които да манипулират цените.

**Тези рискове се елиминират с въвеждане на строги критерии за работа на осигурителите и застрахователите, с въвеждане на гаранционен фонд, осигурителен и застрахователен пул, чрез националната здравна електронна система и чрез тройният контрол в системата.**

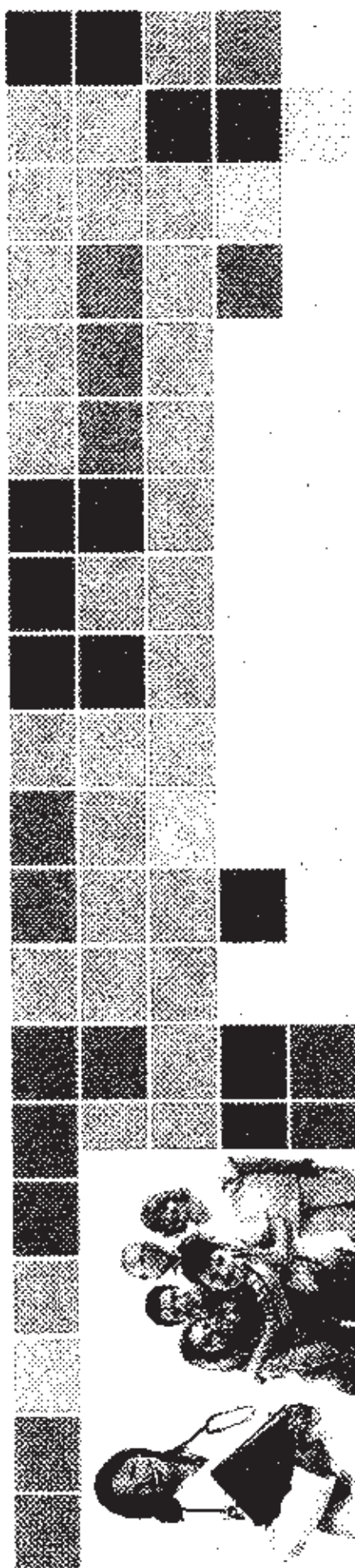


## **БЪДЕТЕ ОТГОВОРНИ**

### **ЗА ЗДРАВЕТО СИ!**

⚡ Задачите на здравеопазването трябва да се разбират вече не като **реактивни действия** по поддържане на здравето на болелите индивиди, но като **проактивна работа** по повишаване качеството на здравето на населението и продължителността на живот.

⚡ Новата здравна система изисква от хората да поемат отговорността за собственото си здраве.



# ЗДРАВНО-ОСИГУРИТЕЛНИЯТ МОДЕЛ: ОТ ПРОБЛЕМИ КЪМ РЕШЕНИЯ

ГЛЕДНАТА ТОЧКА НА ГРАЖДАНИТЕ

Юли-Август 2018

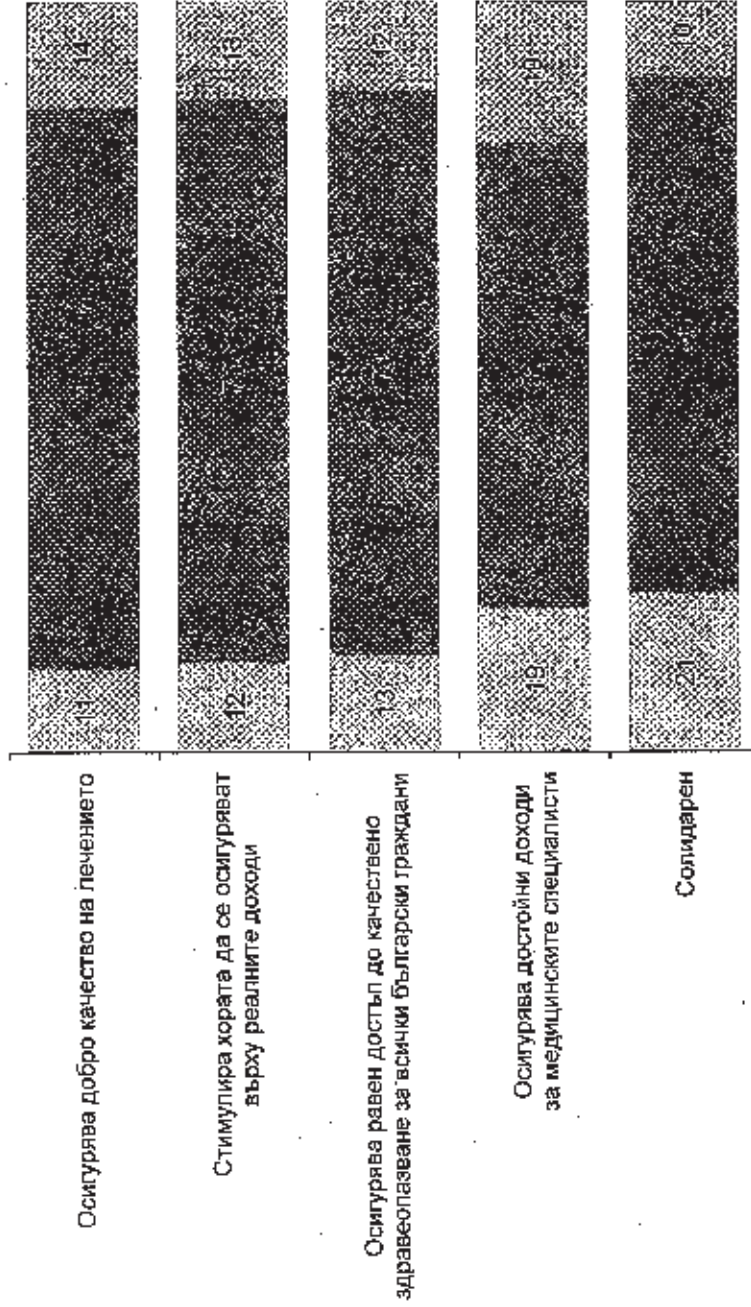






# Настоящият здравноосигурителен модел

Оценките: (%)



Да Не Без мнение



Висока степен на

критичност

Скъпа

връзка между

резултатът

достъп

икономически

стимули и

солидарност

ALPHA

# Качеството в здравеопазването – реалности и нагласи

Ниска ефективност в ратките на ЕС

Над 80% от сърватните случаи – от сърдечно-съдов и онкологични заболявания

Високи предотвратим смъртност – 19% за България, 11% за ЕС

Очаквана средна продължителност на живота

България 74,7 години

2021 г. в ЕС – 80,6 години

Хоспитализации на 1000 души население в ЕС

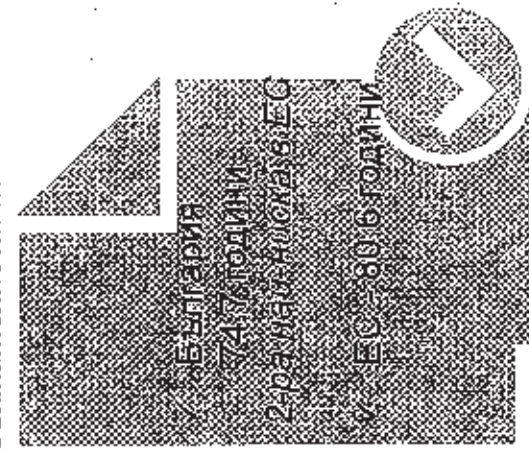
показани от близо до 1000 души население

България 244

България 51 965

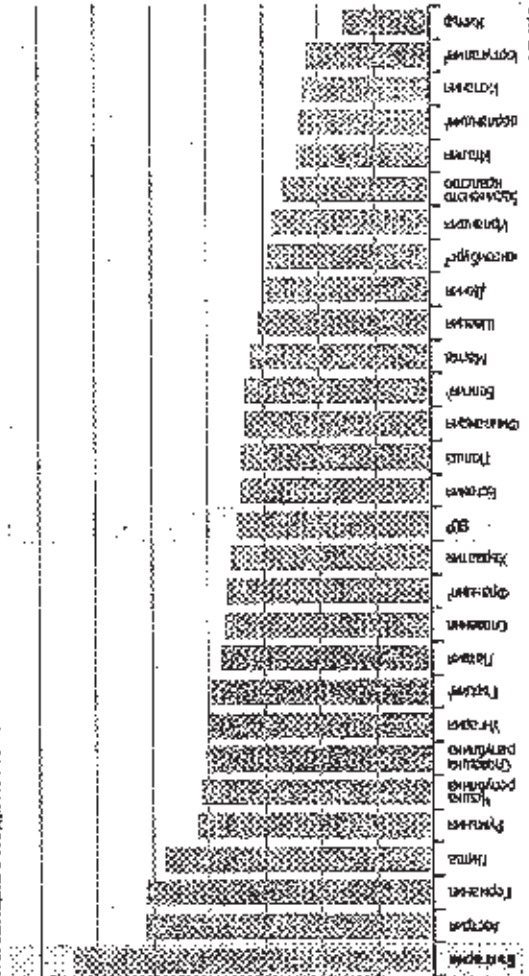
България 56 244

Очаквана средна продължителност на живота



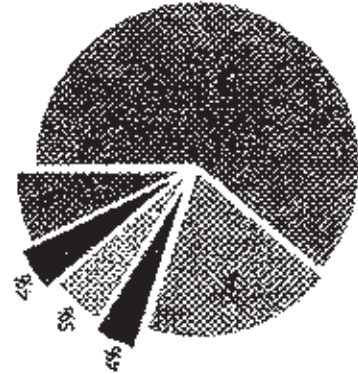
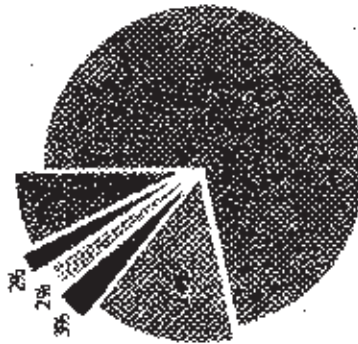
Хоспитализации на 1000 души население в ЕС

показани от близо до 1000 души население



МЪЖЕ (Брой случаи близо до 56 244)

ЖЕНЕ (Брой случаи близо до 51 965)



ALPHA

# Качеството в здравеопазването – реалности и нагласи



По-високоспециализирано  
лечение 44%



Повече инвестиции в  
апаратура и обновяване на  
болниците 42%



Проследяване на ефекта  
от лечението 35%



Използване на съвременни  
лекарства 34%

✓ **Изискване за съвременни болници, апаратура, лекарства, лечение, изискувани знания, филансов ресурс**

**Необходимост от стандартно и оптимално използване**

**ALPHA**

# Качеството в здравеопазването – нагласи и реалности



По-високи изисквания за работата на лекарите от извънболничната помощ

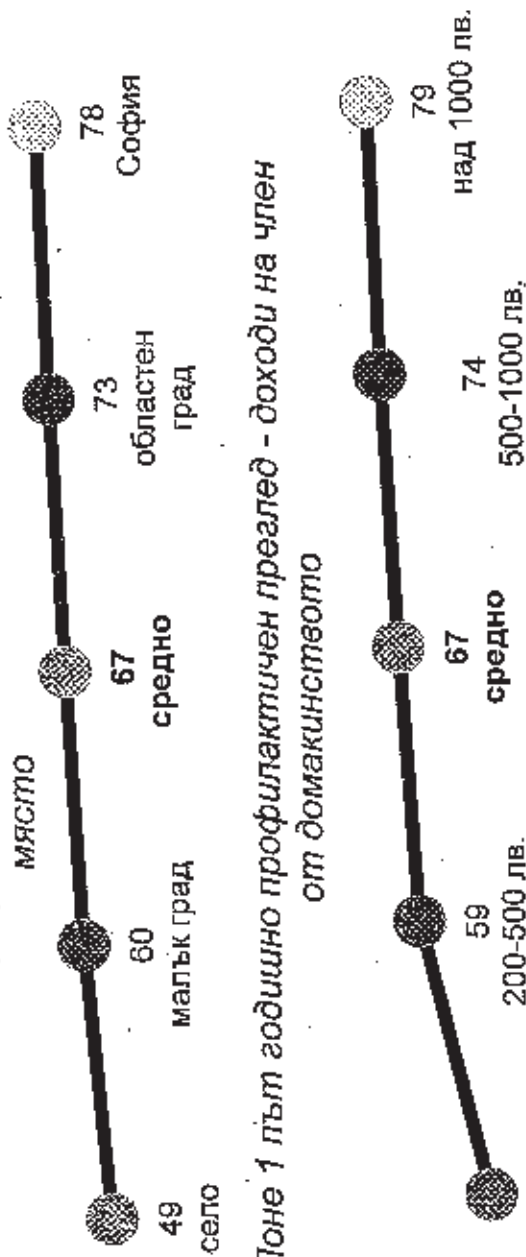
34%



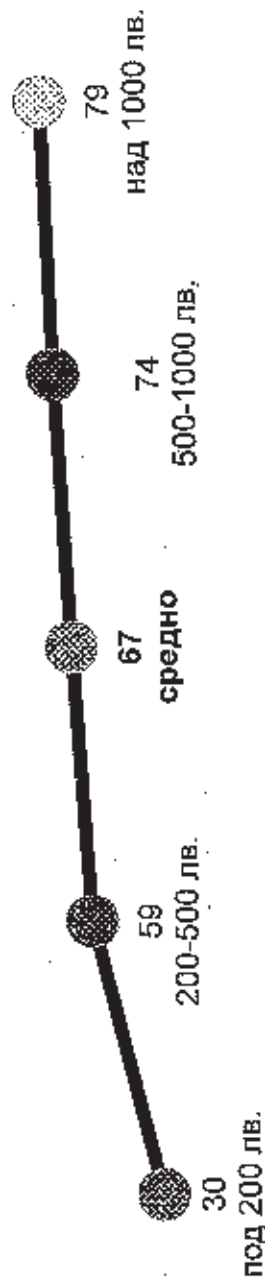
Периодични профилактични прегледи

33%

## Поне 1 път годишно профилактичен преглед - тип населено място



## Поне 1 път годишно профилактичен преглед - доходи на член от домакинството

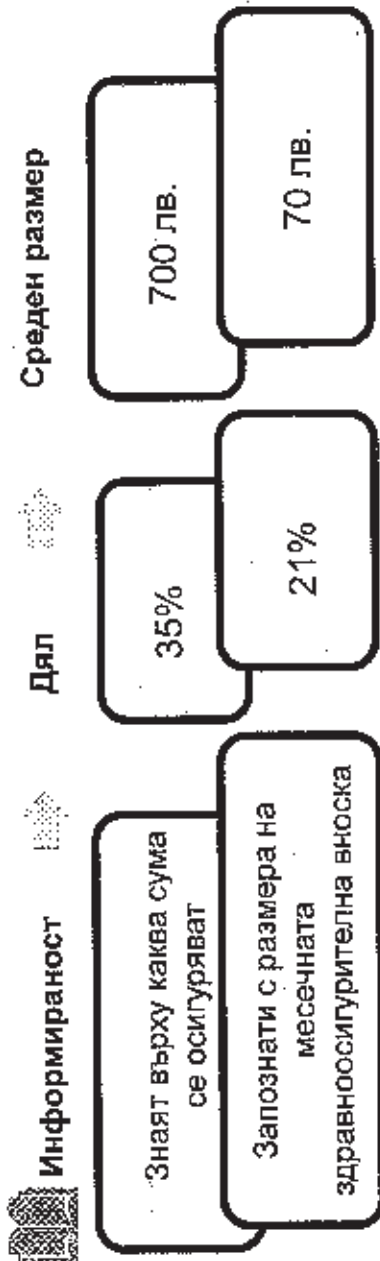
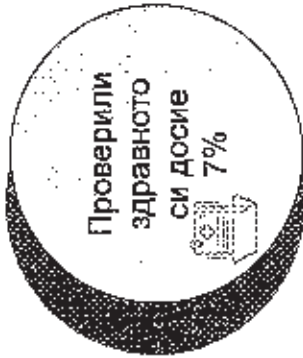


**Силна зависимост на профилактиката и външно-болничната помощ от дължината на тип населено място**  
 Поне 1 път годишно профилактичен преглед  
 36% от мъжете и 42% от жените над 65г. и 9 и повече хронични заболявания без заболявания 15%



## Разходи и информираност – предизвикателствата: липса на стимули за контрол от страна на гражданите

Преки лични разходи - ≈ 2 млрд. лв.	Дял на пълнолетните лица	Среден годишен разход
За лекарства	78%	180 лв.
За болнично лечение	10%	650 лв.
За личен лекар и специалист	48%	120 лв.
За санаториум и рехабилитация	11%	300 лв.



✓ Преки допълнителни в допълнителна вноска: 48% спрямо 15% за ЕС (Европата – 2015г)

Около 2 млрд лева преки плащания, т.е. около 50% от разходи за здраве (4 млрд 700 млн лв. публични средства)

**ALPHA**

## Възможен ли е нов модел? – Граници на оптимизма

Възможно ли е да се създаде нов модел на здравеопазване у нас, който да е от полза за пациенти и лекари?  
 Съгласни ли сте лично да внесате повече средства над настоящата ви здравна осигуровка?



### Възможни подходи за подобряване на здравеопазването

- ✓ **Силен контрол в изразходването на средствата и качеството на лечението** 81%
- ✓ **Допълнителни фондове, които да конкурентират НЗОК** 39%
- ✓ **Подобрени информационни системи** 38%
- ✓ **Участие на пациентите при заплащане на дейности от НЗОК** 30%
- Здравна застраховка (задължителна или доброволна) при гарантирано премахване на доплащането** 43%
- Официализирано доплащане** 18%
- Повишаване на здравните вноски от сегашните 8% на 10%** 15%
- Без мнение** 24%



**ALPHA**

# Желаният здравен модел - баланс между качество, достъпност и икономически стимули за контрол и лични вноски

Подобрен  
 достъп до  
 първична и  
 спешна помощ  
 По-ефективно  
 болнично  
 лечение  
 Икономически  
 и стимули за  
 контрол и  
 задължение

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12  
 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

## Качествено

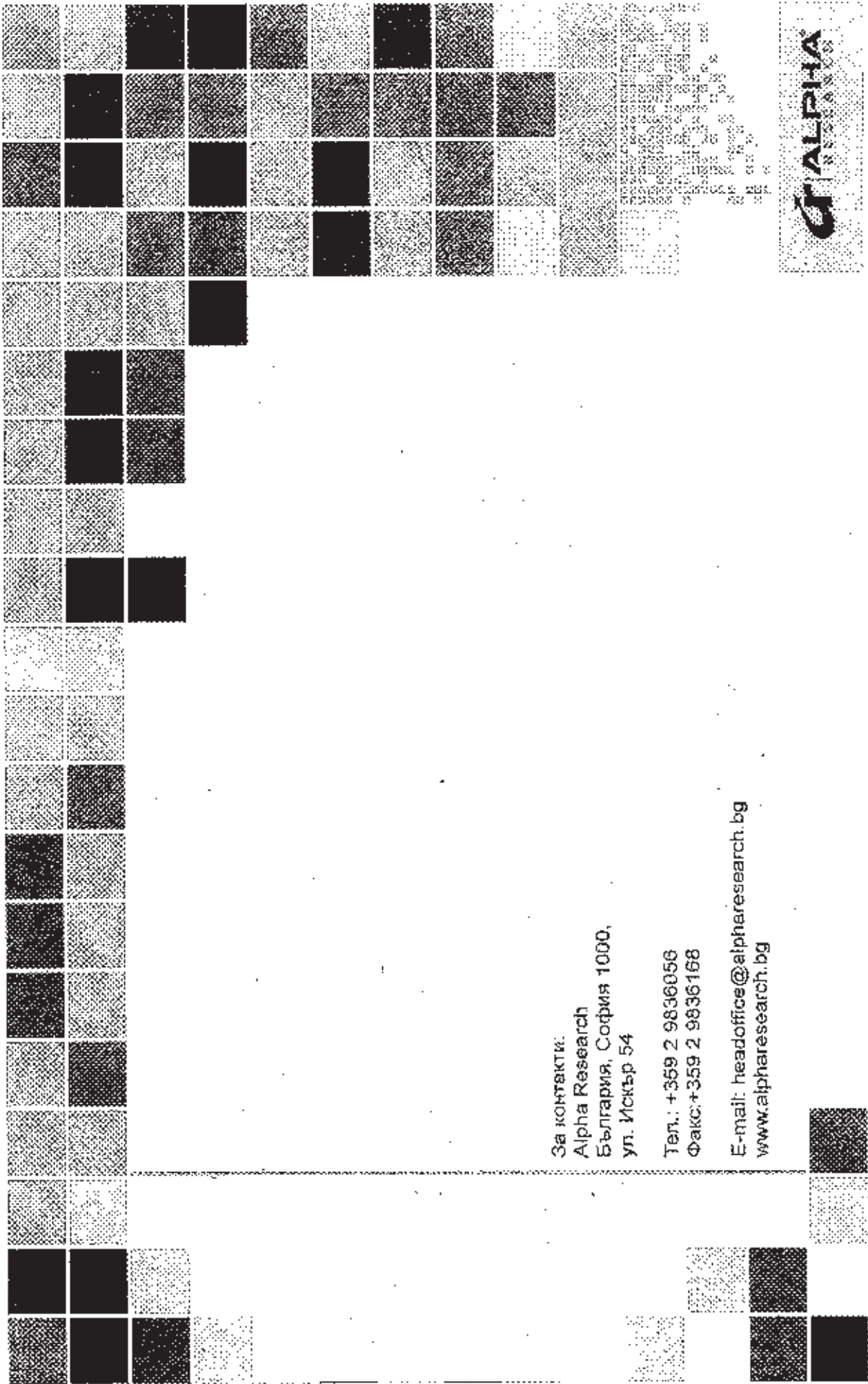
- Съвременна, навременна и точна диагностика
- Високоспециализирани болници и добри условия на лечение
- По-високи изисквания към медицинския персонал за спазване на правилата и стандартите на лечение

## Достъпно

- Профилактични и проследяващи прегледи
- Равен достъп до специалисти за хората в по-малките селища и отдалечени райони
- Навременна спешна помощ

## Лична отговорност, контрол и ефективност

- Лична електронна карта и подобряване на информационните системи в здравеопазването
- Засилване на контрола и включване на допълнителни фондове, конкуриращи НЗОК
- Обвързване на личните вноски с обема здравни услуги;



За контакти:  
Alpha Research  
България, София 1000,  
ул. Искър 54

Тел.: +359 2 9836056  
Факс: +359 2 9836168

E-mail: [headoffice@alpharesearch.bg](mailto:headoffice@alpharesearch.bg)  
[www.alpharesearch.bg](http://www.alpharesearch.bg)

