

ЗДРАВНА СИСТЕМА

ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА
И НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕ




2 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 ЛЗ разполага само с един екип*).

3 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.
- 

4 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 броят 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;**
- 

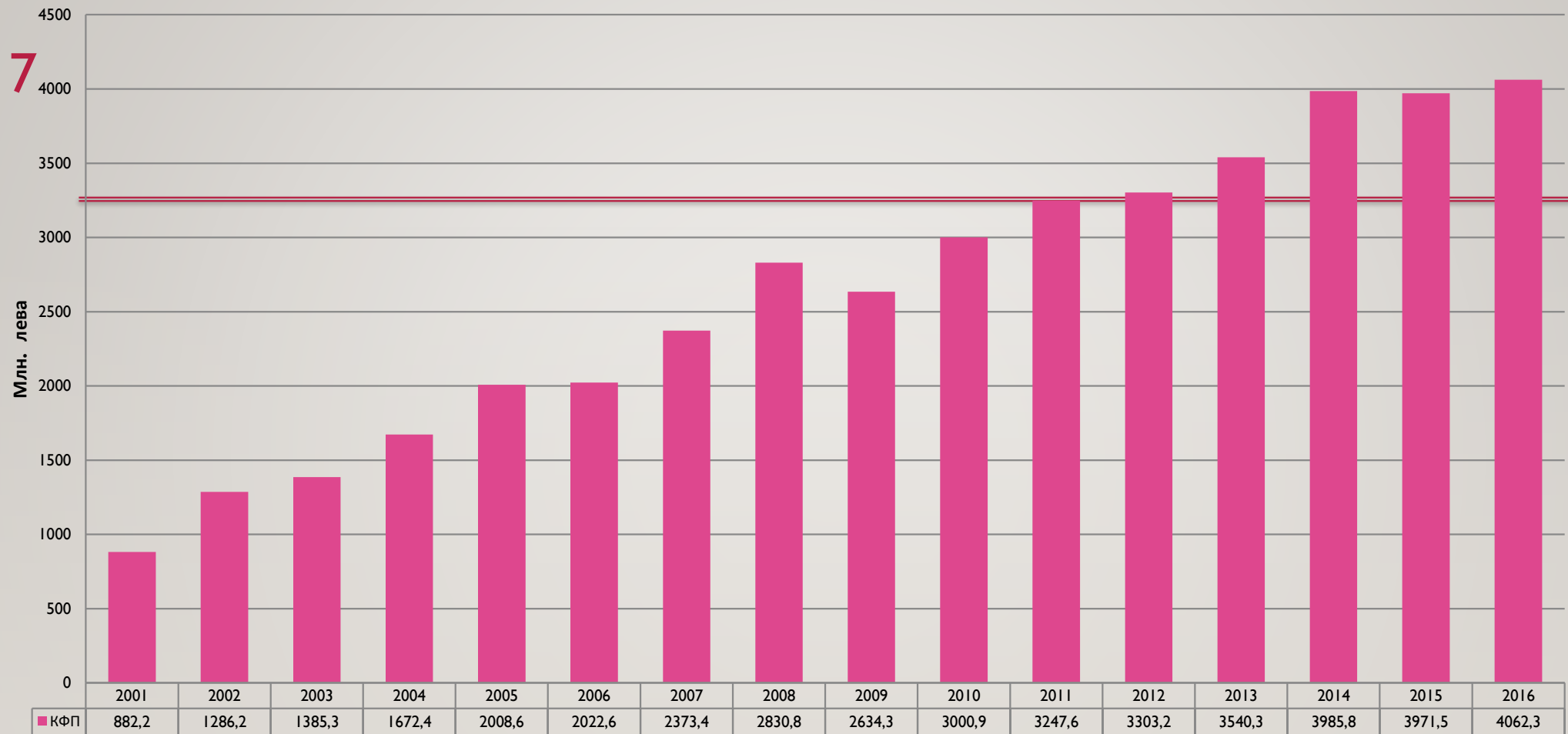
5 ДЕЙСТВАЩА ЗДРАВНА СИСТЕМА – НЕДОСТАТЪЦИ (2)

- ❑ 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;

6 ДЕЙСТВАЩА ЗДРАВНА СИСТЕМА – НЕДОСТАТЪЦИ (3)

- 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

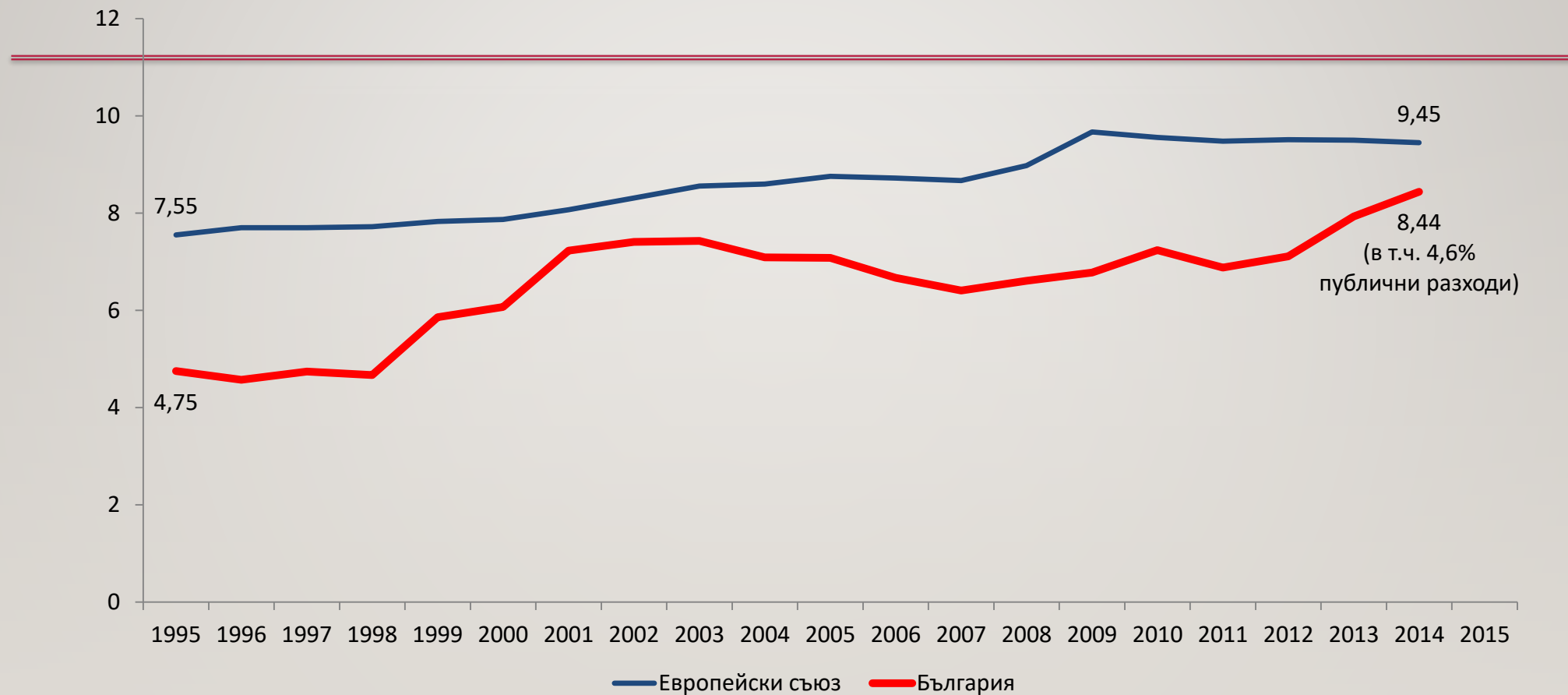


8

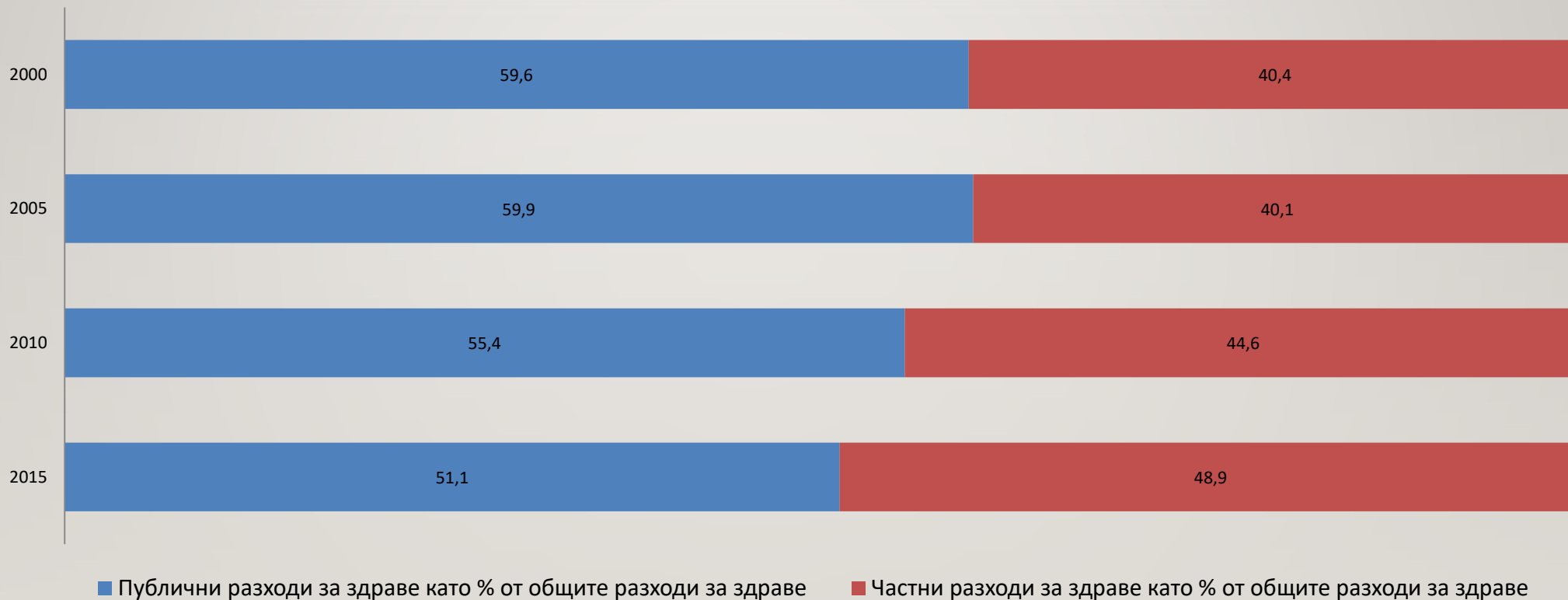
- Публичните разходи за здравеопазване нарастват от 810 млн.лв. през 1998 г. до 4,3 млрд.лв. през 2017 г. Съответно техният дял в БВП е от 3,1 % до 4,6 %.
- По данни на различни проучвания на ЕС, Световна банка и СЗО, съотношението между публични и частни разходи за здраве се измества в посока на увеличение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

9

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



II 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 делът на нерегламентираните 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.

12 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;
 - Двустълбов 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 вноските на всички здравноосигурени пациенти, и превежда вноските на месечна база към НЗОК или застрахователя за записаните пациенти, като се определят задължителни изисквания за застрахователите, на които те да отговарят.

МЕХАНИЗМИ НА РАБОТА НА МОДЕЛ А (2)

- Превеждането на средствата от вноските към застрахователите е базирано на броя на осигурените и размера на здравноосигурителните им вноски след прилагането на механизъм за изглаждане 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.

15 УЧАСТНИЦИ В МОДЕЛ А

Застрахователи

- Получават национален статут и право да оперират на цялата територия на страната;
 - 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 те 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 своевременни услуги;
- 

16 УЧАСТНИЦИ В МОДЕЛ А (2)

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.

17 ГАРАНЦИОНЕН ФОНД

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

18 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.
- 

19 НЕДОСТАТЪЦИ НА МОДЕЛА ПРИ ВАРИАНТ *А*

- ❑ Отсъствие на възможности за 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 нерегламентирани плащания;

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

ЗДРАВНА СИСТЕМА – ВАРИАНТ 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.

21 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:

22 ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

ФИНАНСИРАНЕ (2)



- **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.

24 ЗДРАВНА СИСТЕМА – МОДЕЛ Б

ПЪРВИ СТЬЛЪ

- 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.

25 ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

ВТОРИ СТЬЛБ – ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ДОПЪЛНИТЕЛНО ЗДРАВНО ЗАСТРАХОВАНЕ

- Всеки задължително здравно осигурен е длъжен да се застрахова допълнително за покриване на лечение (Критични заболявания и злополуки) 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.

26 ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

ВТОРИ СТЬЛБ (2)

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 при 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.**

27 ФИНАНСИРАНЕ – ГАРАНЦИОНЕН ФОНД

НАСТОЯЩА СИСТЕМА

- липсва

НОВА СИСТЕМА ВАРИАНТ 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.

28 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.

29 ЗДРАВНА СИСТЕМА – НОВ МОДЕЛ. ЗА ОСИГУРИТЕЛНИЯ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ПУЛОВЕ (2)

- **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.**

30 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 от 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“.

31 ЗДРАВНА СИСТЕМА – НОВ МОДЕЛ. 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.

32 ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

БОЛНИЧНА ПОМОЩ – ПРИНЦИПИ (2)

- 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.

33 ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

БОЛНИЧНА ПОМОЩ – ЗАПЛАЩАНЕ

Ако болничната сметка не надвишава Граничната линия:

- Осигурителният пул заплаща 90% от сумата по сметката;
- 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 дейности!**
- 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).

34 ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

БОЛНИЧНА ПОМОЩ – ЗАПЛАЩАНЕ

Ако болничната сметка надвишава Граничната линия:

- Осигурителният пул заплаща 90% от Граничната линия (в примера – 90% от 700 лв. – 630 лв.). Заплащането се извършва солидарно;
- 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).

35 ЗДРАВНА СИСТЕМА –МОДЕЛ Б

БОЛНИЧНА ПОМОЩ – ЗАПЛАЩАНЕ

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.

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

Пациентът не заплаща нищо.

36 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 - НОВА СИСТЕМА (СИМУЛАЦИЯ)

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 таксите, заплатените от пациентите над 9-те млн. леглодни. При 2% от минималната заплата това формира нови 90 млн. разходи, за пациента.

- **Разходи на Здравната Каса - 1,099 мил. лв.**
 Тази сума е 65% от общата стойност на платените болнични 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 мил. лв. (41% от събраните премии). Това показва, че застрахователната премия може да се намали значително под разчетените 12 лв.

38 СИМУЛАЦИЯ – СРАВНЕНИЕ СУМИ, С КОИТО РАЗПОЛАГА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

2017 Г. - СТАРА СИСТЕМА

ОБЩО 1,696 МИЛ. ЛВ.

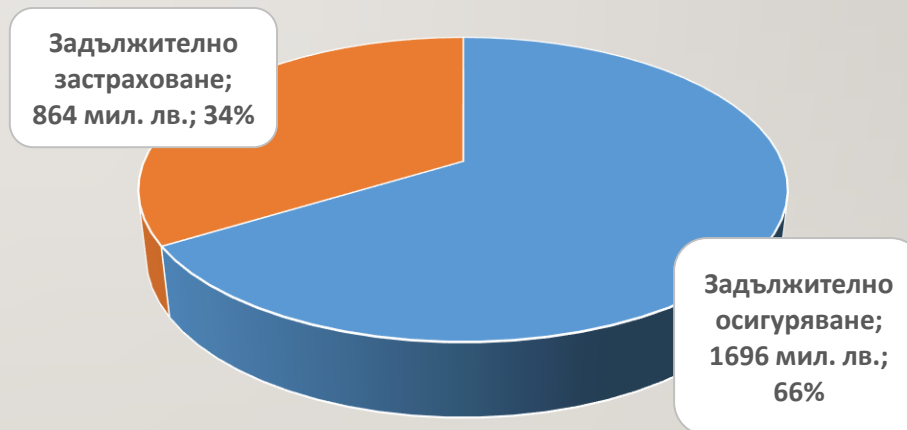
Приходи, източник



2017 Г - НОВА СИСТЕМА (симулация)

ОБЩО 2,560 МИЛ. ЛВ.

Приходи, източници



39 СИМУЛАЦИЯ – СРАВНЕНИЕ. СУМИ, С КОИТО СЕ РАЗПЛАЩА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

2017 Г. - СТАРА СИСТЕМА

ОБЩО 1,786 МИЛ. ЛВ.

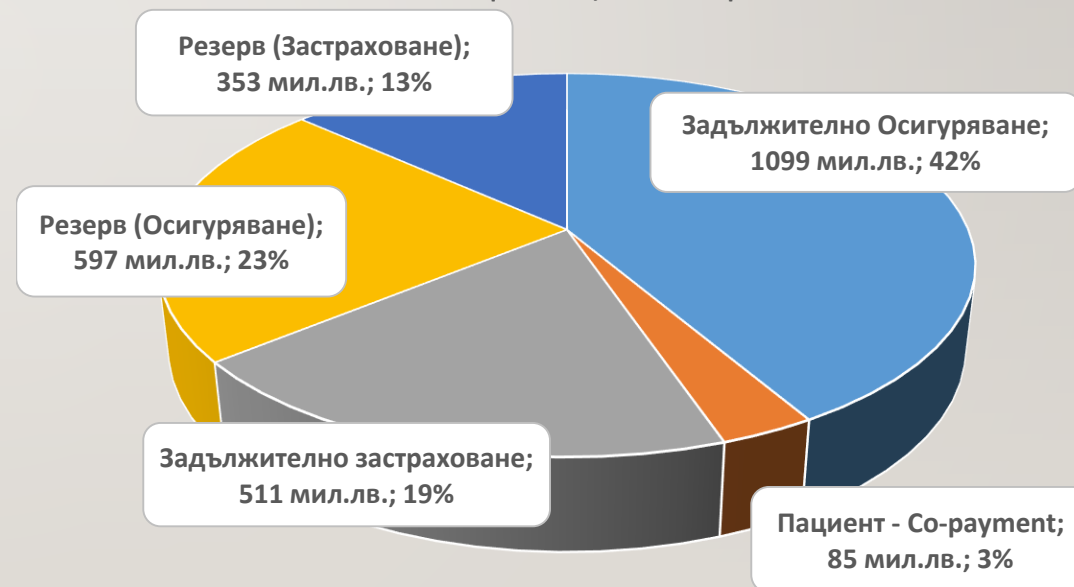
Плащания, платци



2017 Г - НОВА СИСТЕМА (симулация -10%)

ОБЩО 2,560 МИЛ. ЛВ.

Плащания, платци



40 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.

4 | ЗДРАВНА СИСТЕМА – МОДЕЛ Б

ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ

- Първоначално се запазва досегашният модел на заплащане на базата на капитала 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.

42 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.

43 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.

44 ЗДРАВНА СИСТЕМА – МОДЕЛ Б

ЛЕКАРСТВЕНИ СРЕДСТВА

- МЗ обявяват списък с цени на лекарства, които се заплащат 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.

45 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 (Strengths):

- 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.



49 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.



50 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 други;
- Инфраструктурни слабости/опасности на настоящата система.




51 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;
 - Осъществява се постоянен контрол за цените, на които работят отделните лечебни заведения.
- 

52 ПРЕДИМСТВА НА МОДЕЛ Б (2)

- 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;
 - Реструктуриране на неефективни структури;
 - Оптимизиране на обема на дейностите в резултат на по-добрия контрол.
- 

53 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.