



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”

ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ



КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”

ЛЕКЦИЯ №3

ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА
„ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ СИСТЕМИ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „СОЦИАЛНИ ДЕЙНОСТИ”
ОБРАЗОВАТЕЛНО – КВАЛИФИКАЦИОННА СТЕПЕН

„ПРОФЕСИОНАЛЕН БАКАЛАВЪР“
РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ

ТЕМА: ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ И ЗДРАВНО
ЗАСТРАХОВАНЕ
ОБЩИ ЧЕРТИ И РАЗЛИЧИЯ

РАЗРАБОТИЛ:

Доц. д-р Пенка Стефанова, д.м

гр. Плевен, 2020 год.

Определение на здравно осигуряване/застраховане

Здравното осигуряване/ застраховане е финансова схема за споделяне на риска болест, чрез която схема индивидите или семействата:

(1) се подсигуряват срещу риска да платят изключително високи разходи за медицински грижи при сериозно заболяване;

(2) си осигуряват финансирането на постоянен достъп до здравни услуги и стоки, от които те се нуждаят.



Съдържание на финансовата схема

Самата финансова схема набира приходи чрез осигурителни вноски или застрахователни премии и гарантира плащането на медицински дейности, услуги и стоки съгласно специален закон, или осигурителен/ застрахователен договор или споразумение.

Основни въпроси при развитие на система за здравно осигуряване/застраховане

- ▶ Какво покрива системата (пакета от здравни услуги)?
- ▶ Кого обхваща системата (кръга от защитените лица)?
- ▶ Задължителна, доброволна или смесена система?
- ▶ Кой, с какво и за какво плаща?
- ▶ Как се плаща на изпълнителите на медицински услуги?

Отговорите на тези въпроси са в логическа последователност и взаимна обвързаност!

Какво покрива системата (пакета от здравни услуги)?

- ▶ **Универсален** (за цялото население) пакет от здравни услуги – обикновено кореспондира с държавно финансираните системи за здравна защита от тип “Беверидж” или “Семашко”.
- ▶ **Основен пакет** от здравни услуги – прилага се за осигурените лица (работещите и членовете на техните семейства, участвали в осигурителната система пенсионери) в публични солидарни системи за здравно осигуряване.
- ▶ **Минимален пакет** от здравни услуги – прилага се спрямо неосигурените лица или осигуряваните за сметка на държавата – социално слаби, безработни без осигуровки и други.
- ▶ **Допълващ пакет** от здравни услуги – предлага се чрез доброволното здравно осигуряване/застраховане като допълващ към обществената солидарна схема.
- ▶ **Заместващ** (алтернативен) пакет от здравни услуги – предлага се чрез частните доброволни форми на здравно осигуряване и здравно застраховане за високодоходни групи от населението или за самонаети и други, които имат право на избор на участие в задължителното или доброволното осигуряване.

Кого покрива системата (кръг от защитените лица)?

- ▶ **Цялото население** – кореспондира с държавно финансираните системи за здравна защита, както и някои публични здравноосигурителни системи, изградени на принципа “задължителност и всеобщност”.
- ▶ **Работещите и зависимите от тях лица** (деца и неработещи съпруги/съпрузи), както и **пенсионери**, които са се осигурявали през трудовия си живот – кореспондира със солидарните системи на здравно осигуряване от класическия бисмарков тип.
- ▶ **Само най-уязвимите групи от населението** – прилага се като коректив в страни, където преобладават частните форми на здравно осигуряване и застраховане, или пряко заплащане на здравните услуги от пациентите.

Задължителна, доброволна или смесена система за здравно осигуряване/застраховане?

- ▶ Законово установените здравноосигурителни схеми са задължителни и се администрират от държавна агенция или публична организация;
- ▶ Допълващите или заместващите (алтернативните) здравноосигурителни/застрахователни схеми се администрират от частни бизнес организации (здравноосигурителни дружества или застрахователни компании) или пък от организации, работещи без печалба (фондации, тръст фондове и други).

Кой, с какво и за какво плаща?



- ▶ Държавата с общи приходи от данъци – финансира профилактика, универсални здравнозащитни схеми, здравните осигуровки за пенсионери, деца и социално слаби в публичните системи за здравно осигуряване, както и схемите с минимални пакети.
- ▶ Държавата с приходи от целеви (earmarked) данъци – финансира профилактика и универсални здравнозащитни схеми, понякога само първичната помощ.
- ▶ Работодателите и работниците с осигурителни вноски – финансират публични и доброволни здравноосигурителни схеми, ведомствени бази за лечение и профилактика.
- ▶ Гражданите с лични вноски (премии) – финансират допълнителни и основни частни здравноосигурителни схеми и здравни застраховки.
- ▶ Домакинствата с лични средства – пряко заплащане, както и платените услуги и доплащанията в солидарните осигурителни схеми. С известна условност тук могат да се отнесат и нерегламентираните плащания.
- ▶ Неправителствени организации и общините със средства за благотворителна цел – финансират микросхеми за здравна защита на социално слаби граждани или болни от даден вид заболявания, които сами не могат да финансират лечението си.

Как се плаща на изпълнителите на медицински услуги?

- ▶ Пряко финансиране издръжката на здравната система на основата на различни нормативи – на обслужвано население, на болнично легло и други
- ▶ Капитация или абонаментно предплащане
- ▶ Такси и цени (на основата на costing) на дейности, групи дейности, услуги и т.н.
- ▶ Заплащане за всеки отделен случай
- ▶ Заплащане за периода на лечение (например дни престой в болница)
- ▶ Кофинансиране (лично участие на пациента, като допълнение към горните форми), което също може да бъде обект на здравно осигуряване/застраховане на основата на споделяне на риска.

Общи черти между здравното осигуряване и здравното застраховане (1)

Общо начало, терминология, правила и други:

- ▶ Общото начало е в предимствата на **споделяне на риска болест**. В западната литература и практика ключовата дума е една – **health insurance**. За изцяло държавно финансираните системи за здравна защита се използват термините **health protection** или **health security**;
- ▶ Обща терминология – рискове, подписвачество, резерви и други;
- ▶ Изисквания за минимален капитал и поддържане на капиталова адекватност;
- ▶ Изисквания за резерви и общи актюерски техники за тяхното пресмятане;
- ▶ Изисквания за периодично предоставяне на информация на осигурените/застрахованите, на надзорния орган, правила за реклама и други.

Общи черти между здравното осигуряване и здравното застраховане (2)

Едни и същи правила за развитието и финансовата устойчивост на здравноосигурителните/застрахователни схеми:

- ▶ Предсказуемост на вероятността за настъпване на съответния осигурен/застрахователен риск за голям брой осигурени/застраховани лица, независимо че това е невъзможно за отделния човек;
- ▶ Настъпването на осигурителното/застрахователното събитие да бъде извън контрола на осигуреното/застрахованото лице;
- ▶ Осигуреният/застрахователният риск, ако възникне, да води до точно определени или установими финансови разходи за осигурителната/застрахователната компания, съответно обезщетения за осигурения/застрахования;
- ▶ Осигуреният/застрахователният риск трябва да бъде ясно дефиниран и неговото появяване или отсъствие трябва също ясно да се установява;
- ▶ След настъпването на риска, плащането на обезщетенията трябва да бъде съпроводено с контрол върху осигурения/застрахования;
- ▶ Степента на възникване на риска да бъде сравнително ниска за да може осигурителните вноски/премиите да бъдат атрактивни за осигурените/застрахованите лица.

Различия между здравното осигуряване и здравното застраховане (1)

Различия в изпълняваните обществени функции:

- ▶ Здравното осигуряване, в това число доброволното, е замислено като част от системата за социална сигурност и част от системата за социално осигуряване в България. Налице е и законово потвърдено дублиране покритието на здравната помощ от НЗОК и доброволното здравно осигуряване.

(Такава е и практиката на някои страни от ЕС, които са изключили от приложното поле на Insolvency II специфичните си схеми за здравно осигуряване (Дания, Германия, Ирландия, Испания);

- ▶ В практиката на европейското законодателство от приложното поле на директивите за застрахователна дейност, различна от животозастраховане, се изключва законоустановената система за социална сигурност.

Различия между здравното осигуряване и здравното застраховане (2)

Различия в инициатора за сключване на здравноосигурителен/застрахователен договор:

- ▶ Доброволното здравно осигуряване много често възниква на основата на колективния трудов договор (КТД) или споразумение и е част от политиката на корпоративна социална отговорност;
- ▶ Здравното застраховане е по-скоро акт на предвидливостта на индивида и затова тук преобладават индивидуалните полици пред колективните (групови) здравни застраховки.

Различия между здравното осигуряване и здравното застраховане (3)

Различия в принципите на набиране и изразходването на средствата:

- ▶ Здравното осигуряване (в т.ч. доброволното) е изградено на разходопокривен принцип и средствата се изразходват текущо за точно определени цели - заплащане на медицински дейности, услуги и стоки.
- ▶ Размерът на направените **осигурителни вноски/премии не се обвързва с вида и количеството на предоставените здравни услуги** – гарантира се принципът на солидарността и равния достъп до обслужване;
- ▶ При застраховането **средствата се набират от застрахователни премии и формират резервите на дружеството**. Тези резерви се инвестират и това доближава застраховането да капиталовите системи.

Различия между здравното осигуряване и здравното застраховане (4)

Различия в начина на ползване на права от осигурените лица и разчитането с извършителите на медицинската помощ:

- ▶ Доброволното здравно осигуряване се осъществява във две форми - абонаментно обслужване и възстановяване на разходи.
 - ▶ При абонаментната форма договорената медицинска помощ се предоставя от изпълнители на медицинска помощ, сключили договор със съответното здравноосигурително дружество. В тези случаи престацията е натурална, а не финансова и не е лимитирана до определена стойност. Тук акцентът пада върху профилактиката, превантивността.
 - ▶ При формата на възстановяване на разходи, осигуреното лице получава дължимата му медицинска помощ от нейния изпълнител, а осигурителното дружество заплаща нейната парична равностойност.
- ▶ Застраховането като дейност покрива настъпили щети (налично заболяване), изчислява загубите от застрахователното събитие.

Различия между здравното осигуряване и здравното застраховане (5)

Различия в степента и формите на надзора и отношенията с фиска:

- ▶ Доброволното здравно осигуряване включва на два вида надзор - финансов (от КФН) и специализиран медицински надзор (от Изпълнителна агенция “Медицински надзор”).
- ▶ По закон застрахователните дружества се надзирават от КФН само по отношение на финансовия риск. Тук отсъстват разпоредби за медицински одит.
- ▶ При здравното осигуряване има ясно определени данъчни облекчения за осигурените лица и работодателите.
- ▶ При общото застраховане взаимоотношенията с фиска са по-различни и няма пряко постановени данъчни облекчения за застрахования и работодателя.

Обобщение на практиките на отделните страни

- ▶ **Съществуват различни практики на устройство и финансиране на здравеопазването:** от изцяло държавно финансиране до изцяло частно финансиране на задължителен принцип (Швейцария) или доброволен принцип (САЩ). Преобладава обаче плурализмът.
- ▶ **Във всички страни държавата играе определена роля:** в повечето случаи тази роля е в превенцията (ваксинация, хигиена и други), но често и в специални програми за здравна закрила на неравностойните групи. При държавното здравно осигуряване преобладава солидарността (национална или професионална) между здрави и болни, богати и бедни, работещи и неработещи. Колкото повече се придвижваме по вектора от държавно към частно здравно осигуряване/застраховане, толкова повече солидарността се ограничава само до споделянето на риска.
- ▶ **Работодателите също финансират здравната защита:** най-често чрез заплащане на част от здравноосигурителната вноски (премия), но понякога и чрез финансиране на здравна помощ в самото предприятие или в негови лечебни заведения.

Обобщение на практиките на отделните страни

- ▶ **Работещите и гражданите като индивиди също участват с лични средства във финансиране на здравните услуги:** най-често като заплащат лични задължителни и доброволни вноски/премии, но понякога и като ко-финансиране в схемите или като директни регламентирани и нерегламентирани плащания за здравни услуги.
- ▶ **По правило системите за финансиране на здравеопазването са разходопокривни (PAYG):** данъчно финансираните системи работят без резерв, а публичните здравноосигурителни системи поддържат само резерв за извънредни ситуации. Частните здравноосигурителни и застрахователни схеми задължително прилагат актюерски техники и натрупват резерви, които се инвестират.
- ▶ **Здравноосигурителните схеми на основата на индивидуални капиталови сметки са по-скоро екзотика:** прилагат се само в някои страни от Далечния изток.

Изводи за България

- ▶ По обхват на населението и по съдържание на пакета от здравни услуги, финансирани от НЗОК, както и в резултат на последвалите отклонения от първоначалния замисъл, българският модел на здравно осигуряване започва да прилича повече на универсалните системи, финансирани от данъци, отколкото на класическите осигурителни системи от бисмарков тип.
- ▶ Очертава се явно противоречие между обявените принципи в ЗЗО и първоначалните стратегически виждания и налагащата се практика.

Възможни решения

- ▶ Желателно е пакетът от здравни дейности, услуги и стоки, финансирани от НЗОК да се свие в рамките на възможностите на сегашната задължителна здравна вноска. Това ще отвори пространство за допълнително (надграждащо) здравно осигуряване и застраховане, към което под формата на осигурителни вноски/премии могат да се насочат голяма част от нерегламентираните плащания в здравеопазването;
- ▶ България може и трябва да запази доброволното здравно осигуряване / застраховане като отделна индустрия, осъществявана от акционерни дружества с единствен предмет на дейност – здравно осигуряване. Тази възможност ясно личи, както от духа (преамбюла) на Insolvency II, така и конкретни разпоредби на директивата;
- ▶ Големият дял на здравно неосигурените лица налага създаване на специална система за здравна защита за маргиналните групи от обществото (на национално ниво или като отделни микроосигурителни схеми на локално ниво).