



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”

ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ



КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”

ЛЕКЦИЯ №7

ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА

„ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ СИСТЕМИ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „СОЦИАЛНИ ДЕЙНОСТИ”

ОБРАЗОВАТЕЛНО – КВАЛИФИКАЦИОННА СТЕПЕН

„ПРОФЕСИОНАЛЕН БАКАЛАВЪР“

РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ

тема: ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ

Разработил: Доц. д-р Пенка Стефанова, дм

гр. Плевен, 2020 год.

Възникване на здравното осигуряване в България

- 1903 г → безплатна медицинска помощ в държавните здравни заведения за определени категории български граждани, които по една или друга причина са в невъзможност да заплащат за лечението си.
- 40-те години на XX век → около 1 200 000 българи (18% от населението на страната по онова време) имат право на безплатна медицинска помощ

- 1918 г → Закон за здравното осигуряване → осигурява помощ за работниците и служителите при злополука и болест.
- По времето на социализма → медицинската помощ, в България, в пълен обем по закон е безплатна за гражданите, а стойността ѝ се покрива от държавния бюджет.
- 1998 г. → 38-то Народно събрание приема Закон за здравното осигуряване (ЗЗО). С него в България е възстановено задължителното здравно осигуряване

- 15 март 1999 → създава се Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) Основната ѝ задача по закона е да осъществява и администрира задължителното здравно осигуряване в България, в частта му по управлението на събраните средства и заплащането на използваните здравни дейности и лекарства в полза на здравноосигурените лица.



Същност на здравното осигуряване

- **Здравното осигуряване се разглежда като част от общественото осигуряване.** Покрива осигурителните рискове от заболяване и трудова злополука
- **В Конституцията на република България** - здравното осигуряване се разглежда като едно от условията за ефективна, здравно-медицинска помощ.

- Здравното осигуряване е отговорно за набирането на здравноосигурителни вноски и здравноосигурителни премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки, предвидени в ЗЗО, в националните рамкови договори (НРД) и в здравноосигурителните договори (чл.1,ал.2 от ЗЗО)

Основна цел и функции на здравното осигуряване в България

Цели:

- по-голямо съответствие между медицинската помощ и нуждите на пациентите чрез предоставяне на свободен избор на лекар за извънболнична помощ и осигуряване на по-високо качество на здравните услуги
- подобряване на грижите за здравно осигурените лица и повишаване на тяхната здравна култура. Това налага разработването на съвременна нормативна база, изграждане на нови структури, въвеждане и спазване на стандарти при извършване на медицинските услуги

Функции на здравното осигуряване в България

- **Защитна** → определя здравното осигуряване като система за социална и здравна защита на населението. Цели се осигуряване на достъпна медицинска помощ. Това се постига чрез поемане на разходите за медицинска помощ и профилактика на заболяванията от специално създаден фонд
- **Стимулираща** → определя задължението на осигурените лица да се грижат за собственото си здраве. Осигурените лица участват в набирането на средствата за здравно осигуряване, в изпълнение на лекарските предписания, в изискванията за профилактиката на заболявания и други.

Принципи на здравното осигуряване

- ❖ Осигуряването е задължително с цел удовлетворяване на основните потребности от опазване и поддържане на общественото и индивидуалното здраве на населението
- ❖ Високо качество на здравните услуги
- ❖ Достъпност до медицинското обслужване и здравно осигуряване
- ❖ Солидарност при усвояването на ресурсите за здравни услуги и стоки.

Видове и модели здравно осигуряване

Видове

- ❖ Задължително здравно осигуряване
- ❖ Доброволното здравно осигуряване
- ❖ Комбинация от задължително и доброволно здравно осигуряване

Модели

- ❖ Социален → до 100% държавно здравноосигуряване.
- ❖ Либерален → до 100% лично здравноосигуряване.
- ❖ Смесен → съчетание от гарантирана социална здравна сигурност и използване на пазарни механизми за нейното реализиране

Организация и управление на здравното осигуряване в България

Закон за здравното осигуряване в България:

- дейността по управлението и организацията на здравното осигуряване е възложено на НЗОК
- събирането на здравноосигурителните вноски първоначално е възложено на Националния осигурителен институт (НОИ), а от януари 2006 година – на Националната агенция за приходите (НАП).
- контролът по изпълнението на бюджета на НЗОК се осъществява от Сметната палата

Основна цел на НЗОК → осигурява и гарантира свободен и равнопоставен достъп на осигурените лица до медицинска помощ

Организация и управление на здравното осигуряване в България

Национална здравноосигурителна каса

- Идентифициране на потенциалните опасности и разкриване на осигурителните рискове
- Определяне на обхвата на прилаганата защита и формиране на параметрите на осигурителната съвкупност
- Формиране на необходимия осигурителен фонд и определяне на размера на вноските в него
- Извършване на осигурителните плащания при осъществяването на осигурителните случаи

Задължително здравно осигуряване в България

Задължителното здравно осигуряване в България се осъществява на базата на следните основни принципи (чл. 5 от ЗЗО):

- **Задължително участие при набирането на здравноосигурителни вноски**
Той предвижда набирането на приходи в НЗОК от здравноосигурителни вноски от всички български граждани.

- **Участие на държавата, осигурените граждани и работодателите в управлението на НЗОК**
- **Националната здравноосигурителна каса е обществена организация и нейната структура следва следната логика: средствата да се управляват от тези, които ги дават. Трипартизмът "работодатели, държава и осигурени" е в основата на управлението на процесите в НЗОК.**

- **Солидарност на осигурените граждани при ползване на набраните в НЗОК средства**
- **Отговорност на осигурените граждани за собственото им здраве**
- **За постигане на по-високо ниво на отговорност за здравето си осигурените граждани заплащат определена такса при ползването на медицински услуги**
- **Равнопоставеност при ползването на медицинска помощ**

- **Самоуправление на НЗОК - НЗОК е учредена като независима публична институция, която е отделена от структурата на публичната система на здравеопазване и има свои собствени органи за управление**
- **Свободен избор за осигурените граждани на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК**
- **Публичност в дейността на НЗОК**
НЗОК е обществена организация, която публикува Националния рамков договор, своя бюджет, както и отчети и правилниците за дейността си.

- Договаряне на взаимоотношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ
Съгласно Закона за здравното осигуряване финансовите взаимоотношения между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ се договарят на две нива: национално - чрез сключване на Национален рамков договор (НРД) със съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина, и индивидуално - чрез подписване на индивидуални договори с изпълнителите.

ЗАКОН ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

(обн. ДВ бр. 70 от 19 юни 1998 год.)

Глава първа. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

Този закон урежда здравното осигуряване в Република България и свързаните с него обществени отношения.

Здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за закупуване на здравни дейности, услуги и заплащане на стоки, предвидени в този закон, в националните рамкови договори (НРД) и в застрахователните договори.

Здравното осигуряване е задължително и доброволно.

Задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални поделения - районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Набирането на средства от задължителните здравноосигурителни вноски, които се определят със закон, се осъществява от Националната агенция за приходите.

НЗОК закупува от изпълнителите на медицинска помощ здравни дейности, определени по вид, обем, цена и съответстващи на критерии за качество и достъпност, в съответствие с този закон.

Доброволното здравно осигуряване е дейност по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки срещу заплащане на премии, въз основа на застрахователни договори.

Глава втора. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените



до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни услуги, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса. Правото на избор е валидно за цялата територия на страната и не може да бъде ограничавано по географски и/или административни основания.

Задължителното здравно осигуряване се осъществява на принципите на:

1. задължително участие при набирането на вноските;
2. участие на държавата, осигурените и работодателите в управлението на НЗОК;
3. солидарност на осигурените при ползването на набраните средства;
4. отговорност на осигурените за собственото им здраве;
5. равнопоставеност при ползването на медицинска помощ;
6. равнопоставеност на изпълнителите на медицинска помощ при сключване на договори с РЗОК;
7. самоуправление на НЗОК;
8. договаряне на взаимоотношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ;
9. пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК;
10. свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ;
11. публичност в дейността на НЗОК и публичен контрол върху извършваните от нея разходи.

Национална здравноосигурителна каса

НЗОК е юридическо лице със седалище София и с предмет на дейност - осъществяване на задължителното здравно осигуряване.

НЗОК се състои от централно управление, районни здравноосигурителни каси и подразделения на районните здравноосигурителни каси. Седалищата на районните здравноосигурителни каси се определят съгласно списък, приет от Министерския съвет, а седалищата на техните подразделения се определят със заповед на управителя на Националната здравноосигурителна каса.

Органи на управление на НЗОК са:

1. надзорният съвет – състои се от 9 членове:
 - 4 представители на държавата;
 - 2 представители на работниците и служителите (на легитимните синдикални организации – «КНСБ» и «Подкрепа»)
 - 2 представители на работодателските организации
 - 1 представител на пациентските организации.
2. Управителят – избира се от Народното събрание с мандат за 5 години.

Финансово устройство на Националната здравноосигурителна каса

Бюджетът на НЗОК е основен финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет. Управителят на НЗОК внася чрез министъра на здравеопазването в Министерския съвет проект на **Закон за бюджета на НЗОК (ЗБНЗОК)** в сроковете, предвидени за представяне на проекта на Закон за държавния бюджет на Република България за следващата календарна година. Проектът на **ЗБНЗОК** се разглежда от Народното събрание едновременно с проектите на закони за държавния бюджет и за бюджета на държавното обществено осигуряване. Със Закона за бюджета на НЗОК се определя и размера на здравноосигурителната вноска (от 2012 год. До сега е 8 % от облагаемия доход)

Приходите на НЗОК се набират от: осигурителни вноски; трансфери от държавния бюджет за осигурителните вноски на лицата осигурявани за сметка на държавата; лихви и приходи от управлението на имуществото на касата; приходи, регламентирани с други закони в полза на здравното осигуряване; глоби и наказателни лихви; такси, определени с тарифа на Министерския съвет; ликвидационни дялове от търговски дружества -длъжници, обявени в ликвидация; целеви субсидии от държавния бюджет за изпълнение на задължения, които произтичат от прилагането на правилата за координация на системите за социална сигурност; дарения и завещания; други източници, включително субсидии (трансфери) от държавния бюджет, в т.ч. и чрез бюджета на Министерството на здравеопазването.

Средствата на НЗОК се разходват за:

1. закупуване на медицинска помощ, договорена с НРД и с договорите с изпълнителите;
2. издръжка на административните дейности по здравното осигуряване, в размер до 3 на сто от разходите за съответната година, определени със закона за бюджета на НЗОК;
3. издаване на документи необходими съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност за упражняване на здравноосигурителните права на лицата;
4. инвестиционни разходи за нуждите на НЗОК, включително придобиване на недвижимо имущество;
6. такса за обслужване събирането на здравноосигурителни вноски от Националната агенция за приходите;
7. медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност;
8. закупуване на медицински дейности, включително осигуряването на лекарствени продукти и медицински изделия за тях, определени в закона за бюджета на НЗОК за съответната календарна година;
9. други разходи.

В бюджета на НЗОК задължително се предвижда резерв, включително и за непредвидени и неотложни разходи.

Осигурени лица. Права и задължения

Задължително осигурени в Националната здравноосигурителна каса са:

1. всички български граждани, които не са граждани и на друга държава;
2. българските граждани, които са граждани и на друга държава и постоянно живеят на територията на Република България;
3. чуждите граждани или лицата без гражданство, на които е разрешено дългосрочно или постоянно пребиваване в Република България, освен ако е предвидено друго в международен договор, по който Република България е страна;
4. лицата с предоставен статут на бежанец, хуманитарен статут или с предоставено право на убежище;
5. чуждестранните студенти и докторанти, приети за обучение във висши училища и научни организации у нас по реда на Постановление на Министерския съвет № 103 от 1993 г. и Постановление на Министерския съвет № 228 от 1997 г. за приемане на граждани на Република Македония за студенти в държавните висши училища на Република България ;
6. лицата, извън посочените в т. 1 - 5, за които се прилага законодателството на Република България съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност.

Не са задължително осигурени в НЗОК лицата, които съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност подлежат на здравно осигуряване в друга държава членка.

Задължително осигурените имат право:

1. да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК;
2. да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК;
3. на спешна помощ там, където попаднат;
4. да получават информация от РЗОК за договорите, сключени от нея с изпълнителите на медицинска помощ;
5. да участват в управлението на НЗОК чрез свои представители;
6. да подават жалби пред директора на съответната РЗОК при нарушения на закона и на договорите;
7. да получат документ, необходим за упражняване на здравноосигурителните им права в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност;
8. на трансгранично здравно обслужване.

Задължително осигурените лица имат право **да подават жалби** пред директора на съответната РЗОК, когато не са удовлетворени от медицинските дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, като в жалбата се описват причините и се посочва най-малко едно от следните основания:

1. отчетена, но неизвършена медицинска дейност;
2. качество на медицинската помощ, което не съответства на критериите за качество, определени в националните рамкови договори;
3. отказан достъп до медицинска документация;
4. получени от изпълнител на медицинска или дентална помощ суми без правно основание.

Потребителска такса

За всяко посещение при лекаря или при лекаря по дентална медицина, както и за всеки ден болнично лечение, но не повече от 10 дни годишно, ЗОЛ заплащат на лекаря, на лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение суми, определени с постановление на Министерския съвет, като лицата, които са упражнили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст заплащат определена със същото Постановление по-ниска сума.

От заплащане на посочените суми (потребителска такса) са **освободени лица** със заболявания, определени по списък към НРД, както и малолетни, непълнолетни и неработещи членове на семейството; ветерани от войните, военноинвалиди, военнопострадали; задържани под стража лица или лишени от свобода; социално слаби, получаващи помощи по Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане; лица, настанени в домове за медикосоциални грижи; медицински специалисти.

Здравноосигурителни вноски- В зависимост от социалния статус, лицата по различен начин участват в процеса по набиране на вноски за дравно осигуряване:

1. За лицата, които получават доходи от трудови, служебни правоотношения или правоотношения възникнали на основание на специални закони, здравноосигурителната вноска се определя върху облагаемия доход и се внася от работодателя и от осигурения споделено в съотношение **60:40**.

2. Осигуряват се за сметка на държавния бюджет:

- за пенсионерите от държавното обществено осигуряване или от професионален пенсионен фонд
- лицата до 18-годишна възраст и след навършване на тази възраст, ако учат редовно - до завършване на средно образование, но не по-късно от навършване на 22-годишна възраст;
- за лицата, получаващи обезщетение за безработица
- студентите - редовно обучение във висши училища до навършване на 26-годишна възраст, и докторантите на редовно обучение по държавна поръчка;
- чуждестранните студенти - редовно обучение, до навършване на 26-годишна възраст и докторантите на редовно обучение, приети във висши училища и научни организации у нас по реда на Постановление на Министерския съвет № 103 от 1993 г. и Постановление на Министерския съвет № 228 от 1997 г. за приемане на граждани на Република Македония за студенти в държавните висши училища на Република България;
- гражданите, които отговарят на условията за получаване на месечни социални помощи и целеви помощи за отопление по реда на Закона за социално подпомагане, ако не са осигурени на друго основание
- задържаните под стража или лишените от свобода;
- лицата в производство за предоставяне на статут на бежанец или право на убежище;
- родителите, осиновителите, съпрузите или един от родителите на майката или бащата, които полагат грижи за лице с увреждане с 50 и над 50 на сто вид и степен на увреждане или с трайно намалена работоспособност с определена чужда помощ;

Обхват на медицинска помощ при задължителното здравно осигуряване

Националната здравноосигурителна каса заплаща оказването на следните видове медицинска помощ:

1. медицински и дентални дейности за предпазване от заболявания;
2. медицински и дентални дейности за ранно откриване на заболявания;
3. извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод на заболяване;
4. долекуване, продължително лечение и медицинска рехабилитация;
5. неотложна медицинска помощ;
6. медицински грижи при бременност, раждане и майчинство;
7. аборти по медицински показания и при бременност от изнасилване;
9. дентална помощ;
10. медицински грижи при лечение в дома;
11. предписване и отпускане на разрешени за употреба лекарства, предназначени за домашно лечение на територията на страната;
12. предписване и отпускане на медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, предназначени за домашно лечение на територията на страната, както и на медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ;
13. медицинска експертиза на трудоспособността;
14. транспортни услуги по медицински показания.
15. медицински дейности, лекарствени продукти, диетични храни за специални медицински цели, медицински изделия и високоспециализирани апарати/уреди за индивидуална употреба, както и медицински изделия, помощни средства, приспособления и съоръжения за хората с увреждания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, финансирани с трансфер от Министерството на здравеопазването съгласно закона за бюджета на НЗОК за съответната година;

Национален рамков договор (НРД)

За осъществяване на дейностите, предвидени в този закон, НЗОК и Българският лекарски съюз приемат чрез подписване НРД за медицинските дейности, а НЗОК и Българският зъболекарски съюз приемат чрез подписване НРД за денталните дейности. Националните рамкови договори се **приемат за срок от три години**, като при необходимост или по искане на всяка една от страните се актуализират по реда на приемането им.

Изготвянето на НРД за медицинските дейности се извършва от 10 представители на НЗОК и 10 представители на Българския лекарски съюз в сроковете по приемане на средносрочната бюджетна прогноза съгласно Закона за публичните финанси.

Изготвянето на НРД за денталните дейности се извършва от 9 представители на НЗОК и 9 представители на Българския зъболекарски съюз в сроковете по приемане на средносрочната бюджетна прогноза съгласно Закона за публичните финанси.

Националните рамкови договори, съответно анексите касаещи промени в цените и обема дейност се приемат не по-късно от последния работен ден на съответната текуща година и влизат в сила от 1 януари на съответната следваща календарна година и трябва да са съобразени с бюджета на НЗОК за годината, за която се отнасят.

Министърът на здравеопазването съгласува приетите национални рамкови договори, съответно анексите към тях, в 14-дневен срок от представянето им и ги обнародва в "Държавен вестник", като приложенията към НРД, когато е предвидено в договора, се обнародват като притурка само на интернет страницата на "Държавен вестник".

Националните рамкови договори съдържат:

1. условията, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска помощ, както и реда за сключване на договори с тях;
2. отделните видове медицинска помощ заплащана от бюджета на НЗОК;
3. условията и реда за оказване на помощта по т. 2;
4. обемите, цените и методиките за остойностяване и закупуване на видовете медицинска помощ по т. 2;
5. критерии за качество и достъпност на помощта по т. 2, включително конкретни индикатори за оценка на качеството на лечението на пациентите;
6. документацията и документооборота;
7. задълженията на страните по информационното осигуряване и обмяна на информация;
8. условията и реда за контрол по изпълнението на договорите;
9. санкции при неизпълнение на договора;
10. други въпроси от значение за здравното осигуряване.

Приложенията към НРД съдържат детайлно: Правна рамка; Образци на финансови и първични медицински документи за осъществяване на дейността по договора; изисквания към лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ за сключване на договор с РЗОК; дейности по профилактика и диспансеризация; алгоритми на Клинични пътеки и др.

Договор между Националната здравноосигурителна каса и изпълнител на медицинска помощ

Изпълнители на медицинска помощ по смисъла на този закон са лечебни заведения или техни обединения по Закона за лечебните заведения и национални центрове по проблемите на общественото здраве по Закона за здравето.

Договорите за оказване на медицинска помощ по този закон се сключват **между директора на РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ** в съответствие с НРД с анексите към тях. В 30-дневен срок от влизането в сила на НРД, съответно на анекс към НРД, лечебните заведения подават заявления в РЗОК за сключване на договор. Документите, които се представят към заявлението за сключване на договор, се определят с НРД. Директорът на РЗОК в срок от 30 дни от подаване на заявлението сключва договор съответно допълнително споразумение с изпълнителите, които отговарят на условията на НРД и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ съгласно ЗЗО.

Глава трета. ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Доброволното здравно осигуряване се извършва въз основа на договор за медицинска застраховка по смисъла на Кодекса за застраховането.

Деятност по доброволно здравно осигуряване може да осъществяват лицензирани застрахователни акционерни дружества.

Доброволното здравно осигуряване се извършва въз основа на договор за медицинска застраховка, сключен между застрахователното дружество и граждани или работодатели.

Деятността по предоставянето на здравни услуги се извършва от изпълнители на медицинска помощ. Видът, цените, условията и редът за извършване на здравните услуги се определят с договори между изпълнителите на медицинска помощ и застрахователите.