Парламентът възложи на министъра на здравеопазването да представи модел за реформа в здравеопазването до края на м септември, след широко обществено обсъждане.

В Министерството на здравеопазването от началото на седмицата се провеждат интензивни работни срещи с представители на съсловните организации, университетските, областните, общинските и частните болници, пациентски организации, синдикати, работодатели, институции и др. Целта на тези предварителни разговори е да се обменят, обсъдят и представят идеи и предложения, и насоки за промяна или усъвършенстване на настоящия здравноосигурителен модел. Целта е да се постигне максимален обществен дебат и консенсус относно промените в настоящия здравноосигурителен модел или неговото усъвършенстване. За министерството са важни позициите на всички страни в този процес – позициите на пациентите, съсловието, работодателите и синдикатите. Всички добри идеи и предложения ще бъдат анализирани и обобщени, като министърът ще ги представи на официално организирана Национална кръгла маса на 26 септември. На срещата ще бъдат поканени и заинтересованите медии за отразяване на събитието и участие. Форумът ще има и международно участие. Така ще се постави началото на следващ дебат за реформата в здравеопазването, който ще продължи сред обществото, медиите и в Парламента.

1. **Нов модел на здравеопазването**

**Цели:**

* Да се подобри удовлетвореността на пациентите
* Да се увеличи ефективността на системата
* Да се измерва качеството от лечението и се проследяват ефектите от терапиите на пациентите
* Да се намалят нерегламентираните заплащания
* Да се подобри контрола в системата
* Да има потенциал за реализиране на нови политики и програми и за инвестиции и обновяване на материалната база и технологиите за лечение.

**При избор на един от двата варианта към застрахователите ще бъдат определени следните изисквания за работа:**

Всеки застраховател опериращ на пазара поема изцяло здравното осигуряване на записаните в него членове при следните примерни условия, гарантиращи неговата стабилност:

* + 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 и критерии, определени в нормативен документ на МЗ;
  + Наличие на информационна система, отговаряща на законово регламентирани изисквания и стандарти за обхват, качество и сигурност на данните, интегрирана към Националната здравна информационна система.
  + Застрахователите нямат право да селектират риск на база здравословно състояние на пациентите и за целта следва да бъдат създадени механизми в НАП – да няма подбор на записани лица на базата на доходи или здравен статус или възраст или териториален принцип
  + Могат да генерират печалба при ред и условия, определени от КФН
  + Изпълняват изисквания за поддържане на финансова устойчивост и инвестиции и вноски в гаранционния фонд, определени от КФН
  + Спазват изисквания за минимален дял на разходи за административна издръжка и генерират печалба, която се разпределя по ред и условия определени в закон
  + Имат контролен орган, който да проверява дейността на договорните партньори и да защитава интересите на пациентите
  + Спазват изискванията за отчетност към КФН и централизираната информационна здравна система, администрирана от МЗ.
  + Публичност на всички договори на застрахователите за услуги, лекарства и всичко свързано с тяхната дейност.

**След дебата с обществеността може да се оформи и друг вариант на модела**

**Модели**

**Вариант A идентичен с Втори етап на вариант Б -**

**Цялостна демонополизация на НЗОК. Конкурентно на НЗОК дейността в обхвата на задължителното здравно осигуряване и 8% вноска се реализира от застрахователи.**

* Системата продължава да работи само с 8% вноска, но на конкурентен принцип от гледна точка на осигурител. Може да има втори, доброволен пакет за тези, които желаят да си направят доброволна застраховка за дейности, извън обхвата на основния пакет
* Ако застраховател покрие изискванията за дейност започва да предоставя незабавно услуги в обхвата на 8% вноска, като здравната вноска се превежда към застрахователя от началото на определен времеви период– най-вероятен период началото на 2020 г.
* Запазване на социално преразпределителните механизми и на солидарния принцип независимо от осигурителния доход;
* Следва да се обмисли принципа на превеждане на вноските към застрахователите, когато те отговорят на изискванията да конкурират НЗОК – на основата на размера вноски, събран от НАП за всяко записано лице на принципа на 8% върху доходите или на друг принцип - осреднен размер на вноска, обвързан с коефициенти за възраст, пол, територия.
* Застрахователите, които отговарят на определените изисквания стават конкуренти на НЗОК в цялост за всички аспекти на лечение от страна на пациентите, които са ги избрали.
* НЗОК запазва ролята си за всички лица, които нямат избран застраховател.
* НЗОК ще трябва да се лицензира като застраховател за да може да предоставя дейности и в надграждащ пакет, доброволен, над 8% и да се конкурира със застрахователите и за този сегмент.
* Всеки застраховател, вкл. и НЗОК заделят в рамките на събраните здравноосигурителни вноски всеки месец за Гаранционен фонд
* При фалит на застраховател лицата избират нов застраховател за срок от един месеци, а натрупани задължения на фалиралия застраховател за срок не повече от 1 до 3 месеца ще се покриват от гаранционен фонд.
* Краят на 2019 за началото на 2020 година се въвежда система на свободен избор на фонд от страна на гражданите. Застрахователите самостоятелно сключат договори с доставчици на медицински услуги.
* Средствата от здравноосигурителни вноски ще се разпределят между НЗОК и частни фондове на конкурентен принцип.
* Пациентите могат свободно да избират и да променят своя фонд, но не по-често от определен интервал от време.
* Ако лечебното заведение прилага цени, различни от утвърдените от МЗ и НЗОК и застрахователите, пациентът доплаща за сметка на доброволна застраховка или на екстри, над основния пакет.

**Рискове от въвеждане на модела**

* Оскъпяване на системата – невъзможност на информационните системи на застрахователите да гарантират финансирането и контрола на средствата и др.
* Възможност за скрита селекция на риска от страна на застрахователите или в хода на лечение на пациенти скрита селекция на риска
* Лекарите ще трябва да се отчитат паралелно на няколко места. Лекарите от извънболничната помощ ще трябва да сключат договор с НЗОК и застрахователите поради свободния достъп на пациенти на територията на цялата страна
* Застрахователите ще подбират, на основата на критерии на МЗ за достъпност, най-добрите лечебни заведения за болнична помощ.

**Преимущества на модела**

* Пациентите ще получат по-качествена дейност при по-добри условия поради конкуренция от страна на договорните партньори за предоставяне на повече и по-добри услуги и сред застрахователите за привличане на повече клиенти;
* Пациентите ще могат да избират кой да разполага с техните вноски на принципа кой предоставя най-много екстри и договоря по-добри условия с лекарите за предоставяне на помощта.
* Пациентите ще са защитени от фалит на техни застрахователи поради наличие на гаранционен фонд и наличието на НЗОК.
* 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; По отношение на общопрактикуващи лекари и специалисти и МДД застрахователите ще трябва да договорят с всички договорни партньори.
* Има еднакъв процент на здравноосигурителната вноска за всички – за осигуряване на солидарно финансиране и има само втори доброволен стълб;
* Пациентите ще разчитат на по-качествено лечение въз основа на селективното договаряне от страна на застрахователите с най-добрите лечебни заведения и на по-добри условия за лечение, чрез допълнителните дейности, които ще предлагат от надграждащия, доброволен пакет.
* Контролът в системата от страна на застрахователите ще е по-засилен в конкуренция с НЗОК
* Застрахователите ще поемат пълна отговорност за лечението на записаните при тях пациенти
* Ще се стимулират лечебните заведения да предоставят по-качествени услуги в конкуренция да сключват договори със застраховател
* Еднакъв основен пакет здравни услуги - равенство в достъпа;
* Свободно записване – застрахователите са задължени за приема всички желаещи да се осигурят;
* Застрахователите ще имат възможност да контролират дейността на лечебните заведения, тъй като са пряко заинтересовани от тяхната работа а) поради факта, че те трябва реално да покриват плащанията за своите клиенти и б) те са заинтересовани да привличат и задържат клиентите си и поради тази причина ще следят клиентите им да са удовлетворени от условията, предоставяни в лечебното заведение. Фондовете ще имат възможност да оказват натиск върху лечебните заведения за намаляване цените на услугите им като страна, реално договаряща част от финансирането на дейността по диагнози.
* Допълнителни средства за инвестиции, нови дейности ще трябва да се осигурят или чрез по-ефективно, конкурентно управление на ресурсите в конкуренция.

**Вариант Б на модел - допълващо финансиране**

**Запазване на солидарния фонд в рамките на 8% - първи стълб и допълващо в рамките на основния пакет задължително застраховане с определен размер на застрахователна премия – втори стълб, който се определя между лицето и застрахователя. Възможен трети стълб - допълнително доброволно застраховане.**

* Задължително здравно осигуряване, в рамките на 8% вноска от НЗОК на базата на пълна солидарност. Запазване на настоящите принципи за събиране на вноската.
* Задължително здравно застраховане, осъществявано от застрахователни дружества на базата на индивидуални партиди на всяко лице. До определена дата всеки си избира застраховател задължително. Размерът на застрахователната премия не зависи от доходите на лицето, а се определя единствено на базата на критерии за възраст, пол, регион и се договаря между лицето и застрахователя. Застрахователите се конкурират за по-добри условия Здравните застрахователи нямат право да отказват задължителна застраховка. Застраховките се ползват на солидарен принцип, но всяко лице ще има индивидуална сметка.
* Доброволно здравно застраховане, надграждащо, като всеки може доброволно да се осигури за избран от него пакет от услуги, който ползва в случай на нужда.
* **Гранична линия**
  + Ежегодно, при определяне на цените се определя Гранична линия– 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 от осигурителя (Здравната каса) и пациента.
* Определянето на Граничната линия се извършва периодично от Министерството но здравеопазването, НЗОК и застрахователите на базата на единичните цени на клинични пътеки, честотата на използването им (заболеваемостта), брой случаи, броя осигурени лица, социална (и друга) приемливост на максималната сума (в лева), която трябва да заплати пациентът за своя дял от сметката (10 - 15%).

**Ако цената на услугата е под граничната линия:**

* Здравната каса заплаща 85% от сумата.
* Пациентът заплаща 15% от сумата по сметката. Лицето може да има застраховка, която да покрива това събитие, и сумата се възстановява от застрахователя.
* Ако лечебното заведение прилага цени, различни от утвърдените от МЗ и НЗОК и застрахователите, пациентът доплаща за сметка на доброволна застраховка или на екстри, над основния пакет.

**Ако цената на услугата е над граничната линия:**

* Здравната каса заплаща 85% от размера на критичната линия.   
  Заплащането се извършва от събраните 8%.
* Застрахователят (сключил задължителната застраховка на лицето) заплаща останалата сума по сметката независимо от стойността на лечението.
* Ако лечебното заведение прилага цени, различни от утвърдените, пациентът доплаща разликата сам или за сметка на доброволна застраховка.

**Предимства:**

* Осигурява троен (пациент, НЗОК, застраховател) контрол на разходите.
* Спестява средства от задължителното осигуряване, които могат да се използват за профилактика и превенция и долекуване
* Ще има повече ресурси в системата за осигуряване на новости и подобрения и за инвестиции в нови методи на лечение.
* Елиминиране на нерегламентираните заплащания;
* Застрахователите следват НЗОК и сключват договори с всички, с които и НЗОК има договори за допълващото финансиране от втори стълб. Това ще даде време на застрахователите и на системата да наберат опит и познание за договорните партньори до навлизане във втори етап на вариант Б – пълна демонополизация на НЗОК.

**Рискове:**

* Оскъпяване на системата – невъзможност на информационните системи на застрахователите да гарантират финансирането и контрола на средствата и др.
* Възможност за скрита селекция на риска от страна на застрахователите
* Лекарите ще трябва да се отчитат паралелно на няколко места. Лекарите от извънболничната помощ ще трябва да сключат договор с НЗОК и застрахователите поради свободния достъп на пациенти на територията на цялата страна
* При финансиране едновременно на дейности и спор за плащанията ще трябва да има арбитраж, който да разрешава спорове между НЗОК и застраховател

**Други варианти**

* Развиване на допълнителния пакет, допълнително доброволно застраховане – като всички дейности извън пакета на НЗОК и извън стойността на НЗОК се включват в него и долекуване например

**Допълнителна информация**

**Времеви график за реализиране на промяната**

* До м. април 2019 г. се променя нормативната уредба в областта на застраховането
* От м. април 2019 г. до края на 2019 г. лицата избират застрахователи
* В хода на 2019 г. МЗ реализира промяната в нормативната уредба по отношение ролята на застрахователите.
* Другите нормативни промени, имащи отношение към оптимизиране на системата промени се реализират още до края на 2018 г. Удължава се действието на НРД за 2019 г. при условията и по реда на НРД 2018 г. Новите правила за подобряване контролната дейност и оптимизиране на структурите влизат в сила от 01 януари 2019 г. едновременно с финансовата година.
* През 2020 г. евентуално моделът се прилага конкретно

**Министерство на здравеопазването**

* Определя правила и стандарти за: лицензиране и регистриране на нови лечебни заведения; за преструктуриране на лечебни заведения; за разширяване и/ или намаляване обхвата на дейността на съществуващи лечебни заведения. Определят ясни критерии и правила за работа на лечебните заведения за болнична помощ, независимо от формата на собственост.
* Всички предложения за създаване на нови лечебни заведения в болничната медицинска помощ и за разширяване на дейността на лечебни заведения с нов вид дейности за практиката на страната ни, преминават за одобрение от МС, по предложение на МЗ, въз основа на оценка на въздействието и анализ на потребностите.
* Променя се обхвата и съдържанието на медицинските стандарти.
* Въвеждат се правила за добра медицинска практика по специалности, на основата на европейските практики за лечение по заболявания и диагнози. Същите се контролират от финансиращите органи по критерии и правила, определени от МЗ.
* Определя пакета медицински дейности, който да се финансира от МЗ, аналогичен на настоящия основен пакет медицински дейности. Същият не се променя ежегодно, а само при обстоятелства, определени със закон.
* МЗ определя правила и критерии за достъп до медицинска помощ до лечебни заведения от всички видове медицинска помощ на територията на цялата страна с цел гарантиране равенство в достъпа
* Определя списък със заболяванията и лекарствата, които се заплащат с публични средства. Въвежда централизирани търгове за лекарства и медицински изделия в болниците.
* МЗ ще има нови политика за специализациите – по специалности и като отговорност за оставане на работа в страната
* Лечебните заведения за болнична помощ ще оповестяват информация за стойността на средствата за лечение на пациентите
* В извънболничната помощ ще се дават повече средства единствено за дейност, не за брой записани лица, като ще се измерват конкретни резултати от дейността

**МЗ съвместно с други институции, при избор на един от моделите**

* Съвместно МЗ – ръководител и координатор, НЗОК, застрахователите и съсловните организации определят методите на заплащане на видовете медицинска и дентална помощ.
* Съвместно МЗ – ръководител и координатор, НЗОК, застрахователите и съсловните организации-БЛС, БЗС и БФС, определят механизмите и правилата за заплащане на лекарствени продукти.
* Ежегодно, при подготовката на параметрите по закона за държавния бюджет за съответната година и в сроковете, определени в ЗПФ и Решение на МС за средносрочната бюджетна прогноза – МЗ, съвместно с НЗОК, застраховали и представители на изпълнители на медицинска и дентална помощ и на съсловните организации – съгласуват и оповестяват цени на видовете медицинска и дентална помощ за дейностите от основния пакет, които ще се заплащат от НЗОК и застрахователи. Лечебните заведения могат да предлагат различни цени в хода на реализиране на дейността като публично оповестяват цените при които работят. Лечебните заведения могат да се конкурират на основата на цените и за други условия, които предлагат в полза на пациентите – специалисти, апаратура, условия за лечение.
* МЗ, НЗОК, съвместно със застрахователите определят Наредба на МЗ условията и реда и общите условия за сключване на договори с изпълнителите на медицинска помощ. Въз основа на тях НЗОК и всеки застраховател може да определи допълнителни условия в индивидуалните договори по отношение на обхват на дейности, цени и обеми и допълнителна информация, която не противоречи на общите правила и изисквания в сектора.

**Пациент** - Въвеждат се санкции при пропуснато посещение при общопрактикуващ лекар по повод профилактика. предвиждат по-високи вноски

**НАП – при промяна в модела**

* Създава се звено, което да разпределя и прехвърля събраните здравни вноски, на определен принцип, към застрахователите, ако модела предвижда демонополизация на НЗОК в обхвата на настоящите 8% вноска. Принципа на прехвърляне на здравни вноски към застраховател при модел с конкуриращо се финансиране на дейностите между НЗОК и застраховател може да е на база размера на събраните от съответните лица вноски или на друг принцип – например средна стойност на вноската за записано лице, индексирана за възраст за да няма селекция на риска.
* **КФН и застрахователи – САМО ПРИ ИЗБОРА НА МОДЕЛ, КОЙТО ВКЛЮЧВА ЗАДЪЛЖИТЕЛНО УЧАСТИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛИ СЪВМЕСТНО С НЗОК ИЛИ КОНКУРЕНТНО НА НЗОК**
* Контролира здравните застрахователи и тяхната Асоциация
* Създава и координира работата на Гаранционния фонд за поемане на риск от изпадане в неплатежоспособност на застраховател.
  + Застрахователите се лицензират и са обединени в нарочен здравен пул (Асоциация на здравните застрахователи)
* Лицензира застрахователите и администрира всички аспекти на тяхната дейност.
* Контрол на разходите на застрахователите
* Осъществява превенция срещу селекцията на риска при записване на здравноосигурени лица при застрахователите.
* Граждански контрол от страна на пациентите върху дейността на застрахователите.

**Застрахователите:**

* Поддържат отчетност и документооборот, определени в закон и нормативна уредба, отговаряща на общите принципи и правила определени в сектора.
* Поддържат информационна осигуреност и изпълнява задължения в тази посока за информационни системи и отчетност съгласно определените в закон условия и ред.
* Покриват определени задължителни изисквания