**Настояща система на здравеопазването**

* МЗ разработва медицински стандарти и Национална здравна карта, издава разрешителни за дейност на лечебни заведения, определя основния пакет дейности, финансирани от НЗОК, определя здравната политика;
* НЗОК – заплаща всички дейности от обхвата на основния пакет и определя списъка от заболявания и медицинските изделия, които НЗОК заплаща;
* МЗ заплаща дейности в обхвата на общественото здраве, дофинансира дейности, които се заплащат от НЗОК, провежда търгове за ваксини и лекарствени продукти за заболявания, извън обхвата на финансиране от НЗОК;
* Съсловните организации участват в договарянето на дейностите, заплащани от НЗОК, а договорните партньори предоставят медицинска помощ при еднакви цени и изисквания за работа по договор с НЗОК;
* Лечебните заведения са равнопоставени за сключване на договори с НЗОК, но качеството и ефективността на работа и ролята на различните по форма на собственост лечебни заведения са твърде различни. Лечебните заведения с преобладаващо държавно участие са с голям размер на просрочените задължения и неефективни системи на управление. Материалната база на МЗ е амортизирана и не се управлява ефективно. Инвестиционната политика на МЗ е несистемна, субективно и хаотична на този етап.
* Лечебните заведения са търговски дружества.

**Системата се характеризира с редица недостатъци:**

* Нарастване на публичните средства за здравеопазване без постигане на желаните медицински резултати и удовлетвореност от пациентите за ефекта от лечението;
* „Отворена” система за отчитане и работа на лечебните заведения за болнична помощ и за финансиране на болничната система, без механизми за контрол и регулиране на разходите;
* Ръст на разходите за медицински дейности, който изпреварва ръста на средствата по бюджета поради разкриване на нови дейности и разширяване обхвата на договорните партньори на НЗОК – дейности, които се реализират без конкретно и дългосрочно планиране;
* Отсъствие на интегрирана информационна система за проследяване и контрол върху дейностите и разходите;
* Отсъствие на регулация за контрол върху разходите в лекарствената сфера и за медицински изделия;
* Липса на обвързаност между растящите разходи в извънболничната помощ спрямо тенденциите за хоспитализация;
* Небалансирана система в полза на разходите за лекарства спрямо тези за дейности, особено свързаните с превенция и профилактика;
* Пациентите доплащат за дейности в рамките и извън обхвата на основния пакет – непрозрачно и нерегламентирано;
* Липсва на взаимодействие между отговорностите на лекарите в извънболничната и болнична системи;
* Несъвършена система на договаряне на цени и обеми на дейностите с представителите на съсловните организации;
* Система, ориентирана към последващия контрол, а не към контрола на входа, преди реализиране на дейностите;
* Недостатъци в механизмите на финансиране на някои дейности, отсъствие на медицински критерии и стандарти за проследяване качеството и ефективността на лечение на пациентите;
* Недоволство на населението от качеството на предоставяните услуги и големият и нерегламентиран размер на доплащанията;
* Липса на обвързаност и синхрон в нормативните документи и в действията на институциите, ангажирани в сектора;
* Небалансирана осигуреност с медицински специалисти на територията на страната, териториални дисбаланси в разпределението на ресурсите и медицинските специалисти;
* Неясна и непрозрачна система за реализиране на специализациите, за планиране на обучението и за продължаващо обучение – политиката не се ръководи от МЗ, а се определя от отделните лечебни заведения и университети;
* Неясна роля на системата за акредитация на лечебните заведения;
* Липса на съответствие между медицински стандарти, акредитация и разрешителни за дейност на лечебните заведения;
* Дублиране на дейности, финансирани от различни източници – МЗ и НЗОК - предназначени за лечение на едни и същи заболявания – програми за профилактика, медицински изделия, медицински дейности, което създава несигурност при оценка на резултатите за здравето на пациентите и неефективен контрол върху разходите.
* Сключване на договори между НЗОК (РЗОК) и лечебните заведения „на база на вече завоюваното“, без контрол за изпълнение на критериите и изискванията от страна на заведението.

**Положителни страни**

* Бърз и лесен достъп на пациентите до всички нива на медицинската помощ;
* Бърз достъп до всички нови медикаменти и лекарствени терапии;
* Наличие на добре развита болнична система и на достъп до високоспециализирани медицински дейности на територията на цялата страна
* Добре обучени и висококвалифицирани медицински специалисти;
* Добре развита спешна медицинска помощ ;
* Добър диалог със организациите на хората с увреждания относно подобряване на механизмите за експертиза на неработоспособността;
* 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.

**Нов модел на здравеопазването**

**Цели:**

* Да се увеличат средствата в здравната система
* Да се намалят нерегламентираните заплащания
* Да се увеличи ефективността на системата
* Да се подобри контрола в системата
* Да се подобри удовлетвореността на пациентите

**Основен въпрос**

**Колко осигурителни стълба да има в системата?**

* **Задължителни или доброволни да бъдат стълбовете?**
* **Колко осигурители да работят в системата и в кои стълбове?**
* **Как да се заплаща на осигурителите – на солидарен принцип или с конкретни суми базирани на риска на населението?**

**Икономически принципи при взимане на решенията**

* Морален риск: осигурени поемат повече здравни рискове и търсят медицински услуги по-често от неосигурените.
* Неблагоприятен подбор: тенденцията на хората да купуват застраховка само когато са сигурни, че ще се възползват от нея, т.е. купуват само най-болните и здравите отпадат. Най-ефективно се преодолява със задължително застраховане в основния пакет.
* Асиметрична информация: проблема, че само лицето знае риска си и само лекаря знае колко необходими са услугите за пациента.
* Търсене в резултат от изобилие: търсенето намедицински услуги е пропорционално на предлагането им. Преодолява се чрез дългосрочна яснота за броя на договорни партньори.

**Първи вариант на модел**

* **Въвеждане на допълнителна задължителна вноска от 2%, която се управлява на на солидарен принцип, над 8%. Средствата се плащат чрез застраховател. Разпределение на допълнителния ресурс, свързан с това увеличение, между частни застрахователи на конкурентен принцип.**

**Предимства:**

* Запазване принципа на задължително здравно осигуряване за всички граждани и на солидарност;
* Свободно записване – застрахователите са задължени за приема всички желаещи да се осигурят;
* Механизми за уравновесяване на риска – за да се попречи на отделни осигурители да поемат непропорционална част от риска или да прилагат скрити форми на неблагоприятна селекция, разпределението на финансовите ресурси се приспособява към рисковия профил на членовете на конкретния фонд.
* Еднакъв процент на дпълнителната вноска – за осигуряване на равенство във финансирането
* Еднакъв основен пакет здравни услуги – за осигуряване на равенство в ползите
* НЗОК и доброволните фондове договарят с доставчиците на медицински услуги дейностите в обхвата на основния пакет, в рамките на определените общи стойности.
* Въз основа на цените и броя на услугите и бюджета на НЗОК остатъкът се поемат от застрахователите

**Рискове/недостатъци**

* Трудна мотивация и събираемост на вноските в частните застрахователи.
* Възможност да се мултиплицират настоящите практики за нерегламентирано финансиране, но върху по-голям размер заплатени средства на лечебните заведения
* Трудна за управление и администриране система. Липсва личната отговорност на лицата

**Втори вариант на модел**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вариант Нов: Два стълба** | | | |
|  | **1-ви стълб: Задължително Осигуряване** | **2-ри стълб: Задължително Застраховане** | **Доброволно застраховане** |
| **Осигурител** | **НЗОК (задължителна осигуровка – 8%)** |  |  |
| **Застраховател** |  | **Твърда сума, определена от застрахователите, базирана на групов риск; индивидуални партиди** | **Застрахователи; по правилата на доброволното застраховане** |
| **Обществено финансиране** | **Както и сега** | 0 | 0 |
| **Болнична помощ - заплащане** | **При сметка,  не-надхвърляща граничната стойност:** | |  |
| **Осигурител/ Задължително застраховане** | **НЗОК – 85% от сметката** |  |  |
| **Пациент** |  |  | **15% от сметката; Заплаща се кеш или от застраховател;**  **Евентуални екстри се заплащат кеш или от застраховател.** |
| **Болнична помощ - заплащане** | **При сметка,  надхвърляща граничната стойност:** | |  |
| **Осигурител/ Задължително застраховане** | **ЗК – 85% от граничната сума.** | **Остатъкът  до пълната цена** | **Евентуални екстри се заплащат кеш или от застраховател.** |

* **Задължително здравно осигуряване, осъществявано от НЗОК на базата на пълна солидарност, като размера на осигурителната вноска зависи от дохода на осигуреното лице, всеки, който има нужда, ползва необходимите услуги от основния пакет на НЗОК. Формиране и поддържане на индивидуални осигурителни сметки (партиди) за всеки осигурен;**
* **Задължително здравно застраховане, осъществявано от застрахователни дружества на базата на индивидуални партиди. Размерът на застрахователната премия не зависи от доходите на лицето, а се определя единствено на базата на критерии за възраст, пол, регион. Здравните застрахователи нямат право да отказват задължителна застраховка. Застрахователните дружества, лицензирани за осъществяване на задължителното здравно застраховане, се обединяват в Асоциация на здравните застрахователи.**
* **Доброволно здравно застраховане, като всеки може доброволно да се осигури за избран от него пакет от услуги, който ползва в случай на нужда.**

**Насоки на промяната**

* Запазване на задължителното здравно осигуряване в досегашния му вид. Запазване на размера на ставката от 8% върху доходите на лицето.
* Задължително здравно застраховане с възможност за личен избор на застраховател:
  + въвеждане на форми на съвместен контрол от страна на пациента, НЗОК и застрахователя –дисциплина и отчетност в системата;
  + промяна в механизмите на финансиране;
  + промяна в начина на договаряне. Промяна на участниците в договарянето.
* Променя се съществено нормативната уредба в редица сфери, които да отразят предлаганите промени.

**Времеви график за реализиране на промяната**

До м. април 2019 г. се променя нормативната уредба

От м. април 2019 г. до края на 2019 г. лицата избират застрахователи

Разчетите за 2020 г. отразяват новия модел и започва плащането на застрахователните премии. В хода на 2019 г. МЗ реализира промяната в нормативната уредба. През 2018 г. и 2019 г. системата работи в подготовка на промените за 2020 г. Удължава се действието на НРД за 2019 г. при условията и по реда на НРД 2018 г. Новите правила влизат в сила от 01 януари 2019 г. едновременно с финансовата година.

През 2020 г. моделът се прилага конкретно за всички аспекти на здравноосигурителните плащания от НЗОК

**Министерство на здравеопазването и агенциите към него – ИАЛ, ИАМО, Комисии, НСЦР, РЗИ и т.н.**

**Всички изброени дейности и списъци с медицински дейности, медикаменти и консумативи, които определя и се заплащат със средства от държавния бюджет или пациентите – лично или чрез застрахователи се определят и коригират в съответствие с параметрите на средносрочната бюджетна прогноза за съответния период.**

* Преструктурира административната си дейност на принципа на споделените услуги за сметка на намален персонал за административно обслужване на системата.
* Министерството на здравеопазването планира, определя политиката и гарантира качеството на услугите.
* Финансира дейностите с национално значение. Всички дейности, които на този етап се финансират от МЗ и НЗОК допълващо и съвместно преминават на финансиране единствено от НЗОК;
* Дейностите за лечение на лица в чужбина - деца и възрастни - преминават за финансиране и управление към НЗОК, като за целта ще се реализират трансфери от бюджета на МЗ към НЗОК.
* Отпадат медицинските стандарти и НЗК в настоящия си обхват и съдържание. Отпада акредитацията на лечебните заведения в настоящия обхват и параметри. Лечебните заведения се проверяват за съответствие с правилата за добра медицинска практика и за осигуреност с лекари и специалисти и апаратура на основата на европейски стандарти и критерии, които МЗ ще дефинира. На тази база ще се планират и потребностите от нови инвестиции. Няма да се разкриват лечебни заведения или нови дейности ако не отговарят на ясни критерии, които да са устойчиви в средносрочен план, независимо от източника на финансиране.
* Определя критериите за оценка качеството на медицинските дейности, въвеждат се правила за добра медицинска практика по специалности, на основата на европейските практики за лечение по заболявания и диагнози; Добавяне и подсилване на компонента за възнаграждение за ефективност въз основа на ключови показатели за ефективността и качеството.
* Определя план за преструктуриране на болниците на основата на оценка на настоящата ситуация за наличие на медицински специалисти и лечебни заведения – по области и на национално ниво, като се намират регионални планове за развитие и преструктуриране на държавните и общински болници така, че да няма дублиране на дейности, недостиг на персонал и др. Дейността се интегрира с намеренията за развитие на дейности за долекуване, социални и интегрирани здравно-социални дейности, патронажни грижи и продължително лечение. В тази връзка се пререгистрират всички лечебни заведения с държавно и общинско участие с актуални разрешителни за дейност. Преконфигуриране на съществуващия обхват на практиката, основаващ се на настоящите и бъдещите здравни потребности на населението, вместо на съществуващия болничен капацитет. Разглеждане на здравните нужди на застаряващото население чрез интегриране със социалните услуги и развитието на сектора на дългосрочните грижи. Установяване на по-късен и консолидиран етап на споделени цели сред доставчиците на регионално равнище за стимулиране на интеграцията на здравните услуги и зачитане на отговорността на доставчиците за здравето на населението.
* Определя основния пакет медицински дейности, който да се финансира от НЗОК и застрахователите. МЗ остойностява дейностите в болничната помощ. Съвместно с НЗОК определя методите на заплащане и максималните цени на услугите, които да се заплащат от НЗОК в рамките на параметрите, определени по ЗДБ за функция “Здравеопазване”;
* Определя ясни критерии и правила за работа на лечебните заведения за болнична помощ, независимо от формата на собственост, в случаите при които ще работят по договор с НЗОК и ще получават публични средства за дейността си. Това ще гарантира равнопоставеност на лечебните заведения.
* Определя списък на медицинските изделия и цени на медицинските изделия, които да се заплащат от НЗОК и лечебните заведения
* Договоря централизирано от името и за сметка на лечебните заведения лекарствени продукти и медицински изделия, с които работят лечебните заведения с държавно и общинско участие.
* Определя списък и цени на лекарствените продукти, които се заплащат от болници, НЗОК, застрахователи и МЗ. Определя списъка на заболяванията за лечението на които НЗОК и МЗ и застрахователите заплащат. Определя списък на новите лекарствени продукти и механизмите за тяхното навлизане на пазара и правилата и критериите за оценка на ефекта от лечение с нови лекарствени продукти.
* Определя правила и механизми за обучение, професионална квалификация и специализация. Определя финансирането и реда и условията за специализации и продължаващо обучение.
* Определя и координира стандартите, развитието и политиката в изграждането и поддържането и развитието на Националната здравна информационна система, като следи за нейната оперативност, пълнота и сигурност, съвместно с НЗОК и Застрахователите и институциите, имащи отношение към сектора.
* Определя механизмите за заплащане от НЗОК на лекарствени продукти – лечение на диагноза, договаряне на различни отстъпки, обвързани с бюджета на ПРУ за съответната лекарствена и продуктова листа или отстъпки обвързани с оборота на компанията за предходната година и с ръста на разходите.
* Въвеждане и преглед на специфични програми, определени като приоритетни в Националната здравна стратегия (скринингови програми, превантивни дейности и резултати от незаразни заболявания).
* Мониторинг на ефектите върху ефективността на доставчиците и съответните корекции.
* Координира и финансира и управлява дейността по спешната медицинска помощ в страната.

**Национална здравноосигурителна каса**

* Продължава да изпълнява настоящите си функции по заплащане на дейностите от основния пакет в рамките на задължителните 8% солидарна вноска;
* Участва с МЗ при определяне обемите и цените и методиките на заплащане на лечебните заведения
* Участва в контрола на изпълнителите на медицинска и дентална помощ и лекарства
* Договаря с притежателите на разрешение за употреба (ПРУ) заплащането на лекарствата по условия и ред определени от МЗ

**Съсловни организации**

Преобразуват се в браншови съюзи по специалности вместо настоящите консултанти по медицински специалности. Участват като консултанти и експерти при определяне на правила за добра медицинска практика, критериите за качество и за проследяване ефекта от лечение, при съгласуване на пакета дейности, лекарствени продукти и др.

Договарят с НЗОК условията и реда за оказване на медицинската помощ и за сключване на договори за съответната финансова година. Същите се променят само при необходимост и не по-често от веднъж на три години.

**Изпълнители на медицинска помощ**

Първична медицинска помощ и специализирана медицинска помощ – работят единствено въз основа на ясно дефинирани индикатори за ефективност и качество, като заплащането над определения ресурс от предходната година е единствено за дейност и постигнати резултати. Използване на съществуващата здравна информация за дейностите за първична грижа, за да се възнаградят с икономически стимули най-добрите практикуващи общопрактикуващи лекари, които се отнасят до специалистите и болниците под средното ниво.  Рационализиране и подобряване на предписването на общопрактикуващи лекари и извънболнични специалисти чрез икономически стимули за предписване на генерични лекарства и преразглеждане на правилата за предписване, включени в клиничните пътеки.

МДД – Въвеждат се строги изисквания за дейността им, сертифицират се резултатите от изследванията в национални референтни лаборатории, работят при строги изисквания и правила за диагностика, анализират се доставчиците на този вид услуги с цел тяхното консолидиране и ефективно използване на ресурсите при анализ на разходи-ползи.

Болници – определят цени за дейностите си, оповестяват цените, работят при единни правила за финансово управление и контрол независимо от формата на собственост, когато работят с публични средства. Задължително представят на пациентите финансов фиш с описание за стойността на извършените дейности

Пациент

Въвеждат се санкции при пропуснато посещение при общопрактикуващ лекар по повод профилактика. Заплащат дейността при отсъствие на задължителна осигуровка и застраховка

**НАП**

* Запазват настоящите си функции и роля в процеса но въвеждат система за персонализирано наблюдение на направените здравни застраховки по индивидуални партиди на лицата.

**КФН**

* Контролира здравните застрахователи и тяхната Асоциация

**Преимущества на модела**

* Запазване на социално преразпределителните механизми;
* Еднакъв процент на здравноосигурителната вноска за всички – за осигуряване на солидарно финансиране;
* Задължително застраховане, което може да се преотстъпва и наследява по право
* Проследимост на вноските и на разполагаемите средства
* Еднакъв основен пакет здравни услуги - равенство в достъпа;
* Не се предвиждат допълнително средства от държавния бюджет, с изключение на дейностите за специализация на лекари и специалисти по здравни грижи
* Елиминиране на нерегламентираните заплащания;
* Строги санкции при искания от страна на лечебните заведения за заплащане на дейности в обхвата на основния пакет.

**Рискове от въвеждане на модела**

* Оскъпяване на системата – по-високи административни разходи, разходи за осъществяване на контрол, дублиране на дейности, 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
* Съществува риск от прехвърляне на дефицитите на системата върху застрахователите или касата.