



Република България
ИКОНОМИЧЕСКИ
И СОЦИАЛЕН СЪВЕТ

СТ А Н О В И Щ Е

п о

АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

(разработено по собствена инициатива)

София, 7 април 2004 г.

На 9 март 2004 г. Пленарната сесия на Икономическия и социален съвет взе решение да разработи и приеме по своя инициатива Становище на тема “Актуални проблеми на здравното осигуряване”.

Комисията по бюджет, финанси, застраховане и осигуряване и Комисията по социална политика на Съвета, които бяха отговорни за подготовката на становището, приеха проект на становище на Съвета на 1 април 2004 г. За докладчик бе определен г-н Васко Бояджиев.

На своята Четвърта пленарна сесия, на 7 април 2004 г. Икономическият и социален съвет одобри настоящото становище.

I. ВЪВЕДЕНИЕ

На 22 декември 2003 г. Президентът на Републиката сезира Икономическия и социален съвет за становище относно приетия от Народното събрание Закон за допълнение на Закона за здравното осигуряване и по-конкретно за отлагане на сроковете за издължаване на невнесени за повече от три месеца задължителни вноски за здравно осигуряване.

Икономическият и социален съвет прие отговорно предложението на Президента на Републиката за изготвяне на становище поради следните взаимно-свързани причини:

- **първо**, важността и сериозността на проблема за здравното осигуряване на населението и правото на равни шансове за достъп до качествени здравни услуги и медицинско обслужване;
- **второ**, острата обществена и междуинституционална дискусия по повод многобройните нерешени проблеми, свързани с правата, обхвата, реда и условията за здравно осигуряване на гражданите, от една страна, и недостатъчните гаранции за техния безпрепятствен достъп до здравно обслужване, от друга страна;
- **трето**, ролята на Икономическия и социален съвет като изразител на интересите и волята на организираното гражданско общество, представено от национално представителните организации на работодателите, национално представителните организации на работниците и служителите и другите организации на гражданското общество, изразяващи социално-професионални и съсловни интереси.

Имайки предвид предложението на Президента на Републиката, както и посочените обстоятелства,

отчитайки отговорното поведение на групите социални партньори – организации на работодатели, организации на работници и служители и другите представители на гражданското общество, представени в Съвета,

и на основание чл.5, ал.4 от Закона за Икономическия и социален съвет,

Икономическият и социален съвет на своята пленарна сесия, проведена на 9 март 2004 г., взе решение да разработи Становище по актуални проблеми на здравното осигуряване в България.

Съветът подчертава, че настоящото становище е резултат от поредица срещи и дискусии, организирани от Комисията по бюджет, финанси, застраховане и осигуряване и Комисията по социална политика на Съвета, с участието на експерти в областта на законодателството и социалната практика по проблемите на здравното осигуряване.

Единствената отправна точка, от която Икономическият и социален съвет може да изрази коректно становище, е автентичната позиция на гражданското общество. В

нея се съдържа както интересът на тези, които участват като осигурители и самоосигуряващи се, така и интересът на осигурените лица от гарантирането на реален достъп до конституционно прокламираните права.

Становището на Съвета цели да привлече вниманието на обществото и на държавните органи по някои от възникналите проблеми и евентуалните възможности за тяхното разрешаване.

При дискусиите по актуалните проблеми на здравното осигуряване са отчетени и внесени в Народното събрание законопроекти за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване, които очертаха фрагментарността на досегашните усилия за подобрене в тази област и за необходимостта от преосмисляне на редица елементи от действащия модел на здравно осигуряване. Основания за тези оценки ни дават някои по-съществени основни принципни проблеми на здравното осигуряване.

II. ОСНОВНИ АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ В ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНОТО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО И ПРАКТИЧЕСКИ АСПЕКТИ ПО НЕГОВОТО ПРИЛАГАНЕ

1. Конституцията на Република България извежда правото на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ, и правото на безплатно ползване на медицинско обслужване по ред и условия, определени със закон. Налице са два аспекта, свързани с правото на медицинска помощ на българските граждани. *Първият* е правото на здравноосигурените лица на достъпна медицинска помощ, а *вторият* гарантира безплатно обслужване и на всички останали по ред и условия, определени със закон. Касае се за два типа обществени отношения – първите са непосредствено свързани с упражняване правото на труд, а вторите са преразпределителни отношения. Основание за подобно твърдение ни дава обстоятелството, че осигуряването, в т.ч. и здравното осигуряване, представлява обществени отношения, непосредствено свързани с правото на труд.

Разпоредбите на Конституцията в това отношение са залегнали и в основата на Закона за здравното осигуряване от 1998 г. Осигурителните права се обезпечават финансово чрез нормативно регламентирани вноски, определени посредством актюерски анализ на факторите, които влияят върху осигурителните събития и по правило се натрупват във фонда на Националната здравноосигурителна каса. От тази гледна точка съществуващата система на здравно осигуряване в значителна степен се различава от тези принципи.

2. Със Закона за здравното осигуряване кръгът на **осигурените лица** е разширен на практика до цялото население на страната, от които едва около *2,5 – 2,7 милиона души* получават доходи от труд, върху които се начисляват и внасят осигурителни

вноски. За останалата част от населението на практика би следвало да е налице финансиране на здравната помощ от бюджета чрез трансфери на средства към НЗОК.

Бюджетът, фонд “Безработица” и работодателят (възложителят) имат задължение да внасят вноски за здравно осигуряване за следните категории лица: пенсионери; държавни служители; деца; студенти и докторанти; военнослужещи на наборна служба; социално слаби; лишени от свобода; ветерани от войните и военноинвалиди; инвалиди, пострадали при изпълнение на служебен или обществен дълг; родители, осиновители или съпрузи, полагащи грижи за инвалиди, които постоянно се нуждаят от чужда помощ; безработни, получаващи обезщетение за безработица; лица, получаващи обезщетения за временна неработоспособност; лица в неплатен отпуск; лица, изпълняващи алтернативна военна служба. Посочените категории лица съставляват около *4 милиона души*, които нямат преки задължения сами да внасят осигурителни вноски и не следва да търпят санкции под каквато и да е форма заради недоброръководно поведение на осигурителите, закъснели плащания или липса на информация и др.

Същевременно в обхвата на подлежащите на здравно осигуряване попадат групи, които дори и при отсъствие на доходи от трудови или приравнени към тях отношения, както и при отсъствие на доходи под формата на трансферни плащания от бюджета или обществени фондове, са длъжни да внасят осигурителни вноски. Например: около *300 хиляди души*, включващи безработни лица без право на обезщетение при безработица и социално слаби лица, които не отговарят на критериите за социално подпомагане. Тези критерии би следвало да се преразгледат и прецизират. Около *200 хиляди* са нерегистрираните лица – безработни, лица без подслон, неграмотни лица и др. Следователно почти *500 хиляди лица са без право на достъп до здравни услуги*.

3. Финансовото осигуряване на системата би следвало да се гарантира чрез остойностяване на осигурителните права и набиране на необходимите средства чрез здравноосигурителни вноски, целеви субсидии от бюджета и други допълнителни източници. В прилагания у нас модел на здравно осигуряване нещата са поставени противоположно. В Закона за здравното осигуряване липсват нормативно закрепени права на гражданите, а тяхното извеждане се прави въз основа на Националния рамков договор в зависимост от събраните в бюджета на НЗОК средства. По този начин нормативно е закрепена невъзможността гражданите да ползват необходимата им здравна помощ. Липсата на редица заболявания, здравни услуги и лекарства в НРД и съпътстващите го лекарствени списъци на практика обезсмислят здравното осигуряване на засегнатите лица. Нещо повече, финансовото необезпечение на договорените клинични пътеки на практика поставя под съмнение и правата на осигурените лица.

Значителна част от българското население се оказва без достъп до медицински услуги или получава медицински грижи от много ниско качество и с ограничен обхват. Налице е парадокс – българските граждани имат право на здравно осигуряване, но нямат гарантирано здравно обслужване.

Конституционната разпоредба за безплатен достъп до здравни услуги не се реализира на практика в сегашния модел на организация и функциониране на здравеопазването. Нарушени са множество икономически, социални и морални принципи – за достъп до качествени здравни услуги българските граждани извършват множество плащания:

- внасят данъци;
- внасят осигурителни вноски за здравно осигуряване;
- заплащат потребителски такси при посещение на лекар;
- извършват допълнителни плащания на множество здравни услуги, процедури, медикаменти и консумативи;
- извършват значителни по обхват и размер нерегламентирани плащания;
- правят задължителни “доброволни дарения” и “спонсорства” на медицинските заведения.

4. Правата и отговорностите на осигурените лица все още не са регламентирани задоволително в нормативната уредба. Практиката тези права да се третира с подзаконови нормативни актове като правилници, наредби, инструкции, решения, указания и др., както и с граждански договори, не гарантира стабилността на тези обществени отношения. В съществуващия модел на здравно осигуряване е нарушена логиката, като задълженията на гражданите се реализират на базата на осигурителните отношения, а правата им се извеждат под условие въз основа на Националния рамков договор в зависимост от акумулираните средства.

5. Съветът е обезпокоен и от незадоволителната правна регламентация на **реда за спирането, възобновяването и прекратяването на осигурителните права, както и на реда за уреждане на възникналите спорове**. Действащите разпоредби генерираха сериозни проблеми с неуредените осигурителни вноски. Налице е еднакво негативно третиране на всички лица, независимо от това, че само за една малка част от тях съществува задължение сами да се осигуряват и съгласно разпоредбите на Закона за здравното осигуряване търпят санкция, когато това не е правено повече от три месеца. Не е уреден и проблемът със здравноосигурителните права на българските граждани, продължително пребиваващи или работещи в чужбина.

Спирането на осигурителните права въз основа на списъци, без да се индивидуализират вината и отговорностите на засегнатите лица, както и невъзможността да се обжалват актовете на администрацията поради липсата на такива, е проблем, чието разрешаване не може да остане само с фрагментарни решения за перманентни удължавания на срока за изчистване на старите задължения.

6. Икономическият и социален съвет счита, че **структурата и слабостите в управлението** на НЗОК са сериозен проблем. Едно от измеренията на този проблем е свързано с конструкцията на органите на управление на НЗОК – Събранието на представителите и Управителният съвет на НЗОК. Нарушени са принципът и статутът на

НЗОК като обществена институция. Сериозен проблем в тълкуването на този термин е отъждествяването на обществена с държавна институция. Основната характеристика на обществената институция е самоуправлението. Този принцип е залегнал в Закона за здравното осигуряване, но на практика не е реализиран.

В *Събранието на представителите* липсва идентификацията на субектите, изразители и носители на обществения интерес. Например в категорията осигурени лица фигурират представители на общините, които са носители на изпълнителната власт на местно ниво. В същото време държавата под различни форми доминира със свои представители в различните квоти. Освен това този орган е лишен от основни контролни и надзорни функции, а е натоварен единствено с функцията на своеобразно узаконяване на действията на Управителния съвет и на оперативното ръководство на НЗОК за определен период от време.

Неравнопоставеността и подмяната на принципа на партньорство и сътрудничество между държавата, работодателите и работниците и служителите се задълбочава при формирането на *Управителния съвет на НЗОК*. Липсват законови гаранции за трипартитно участие. Нещо повече, представителите на работодателите и на работниците и служителите са лишени от възможността да оказват влияние върху решенията на Управителния съвет.

Друго измерение на този проблем е липсата на ефективен контрол, в т.ч. и липсата на законова регламентация на правата, задълженията и функциите на *Контролния съвет* на НЗОК. Не е определен и обхватът на контрола, с което на практика съществуването на този орган е обезсмислено.

Налага се логичният извод, че в органите на управление на НЗОК доминира държавата и тя управлява НЗОК, т.е. НЗОК не е обществена институция. Нещо повече, в тези органи е налице конфликт на интереси – в повечето случаи представителите на държавата са членове на професионално-съсловните организации, които участват в съставянето, подписването, контрола и в други дейности, свързани с Националния рамков договор. Това се дължи на непрецизното определяне в Закона за здравното осигуряване на понятието “изпълнители на медицинска помощ”. За такива се считат само лечебните и здравните заведения, но не и личните лекари или други членове на професионално-съсловните организации. Самите лечебни и здравни заведения не участват в преговорите и подписването на Националния рамков договор, в резултат на което професионално-съсловните организации на физически лица поемат ангажменти от името на юридически лица, които те не представляват.

Съветът е обезпокоен от практиката с Националния рамков договор преимуществено да се гарантират интересите на лекари, стоматолози, фармацевти пред интересите и правата на здравноосигурените лица.

Нашето принципно становище е, че независимо каква е системата на управление – двустепенна или едностепенна, проблемът е преди всичко същностен и решението следва да бъде постигано въз основа на обществено приемлив баланс на интересите на заинтересованите страни.

7. Нарушените права и интереси на здравноосигурените лица и конфликтът на интереси намират отражение в **Националния рамков договор**, в който не се отстояват интересите на здравноосигурените лица. НРД е рамков документ, който в значителна степен регулира обществени отношения. Независимо от това, като правило той е конструиран на чисто комерсиална основа. Нещо повече, един от контрагентите по него – Българският лекарски съюз, оказва съществено влияние върху политиката на държавата в областта на здравеопазването чрез основния й инструмент – здравното осигуряване. Налице е парадокс – изпълнителите на медицинска помощ са основните субекти, чиито интереси са основен фактор за използването на инструмента НРД, независимо от разпоредбите на Закона за здравното осигуряване, според които този инструмент следва да осигурява право на достъп до медицинско обслужване и защита интересите на здравноосигурените лица.

Съветът с безпокойство отчита, че в историята на НЗОК Националните рамкови договори по правило са подписвани със закъснение, в тях не се предвиждат санкции за страните при неизпълнение на задълженията по тях, не се осигуряват възможности за ефективен превантивен, текущ и последващ контрол, с което се създават условия за нарушаване интересите на здравноосигурените лица, надписване на дейности, медикаменти и консумативи. Резултат от тези действия е намаляването на средствата във фонда на НЗОК и като цяло – намалените възможности за достъп до качествени медицински услуги.

8. Съветът с изключителна загриженост отбелязва, че вече шест години актуален и все още нерешен проблем остава липсата на **интегрирана информационна система** на НЗОК. Липсата на интегрирана информационна система има множество измерения при защита интересите на здравноосигурените лица:

- незадоволителна ефективност на контролната дейност на НЗОК върху изпълнителите на медицинска помощ и услуги;
- надписване на неизвършени дейности и медицински услуги;
- невъзможност за идентифициране на бенефициентите на здравното осигуряване;
- негативно отражение върху цялостната дейност на НЗОК.

9. Остро дискуссионен, според Съвета, остава въпросът за наличието на резерв по бюджета на НЗОК извън установения със Закона за здравното осигуряване резерв, необходим за покриване на извънредни разходи и баланс на финансовите ресурси на НЗОК.

Същевременно като причина за нарушения достъп до здравни услуги, без да се засяга качеството, се сочи липсата на достатъчно средства. Съветът е обезпокоен от съществуващите нагласи за повишаване размера на осигурителната вноска за задължително здравно осигуряване.

10. Съветът е обединен около мнението, че нерешаването на сериозните проблеми в здравното осигуряване и в здравното законодателство като цяло са основната причина за значителното **недофинансиране на системата на здравеопазването в Република България.**

По различни експертни оценки недофинансирани са около 25 – 35 клинични пътеки, а следователно и дейността на болниците. Налице е нов парадокс – колкото повече здравни дейности извършва дадена болница, толкова по-големи са нейните финансови задължения. Особено тревожна е практиката да се заменят по-евтините клинични пътеки с по-скъпи; да се съставят документи с невярно съдържание, различно от действителното лечение на пациентите; да се изискват от пациентите значителни нерегламентирани плащания, които не са обхванати от данъчната и осигурителната система.

III. ОСНОВНИ ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Икономическият и социален съвет,

след като извърши задълбочен анализ на възникналите проблеми в областта на здравното осигуряване;

след като анализира предоставените документи от Националната здравноосигурителна каса;

след като разгледа и обсъди внесените в Народното събрание проекти на закони за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване;

и като отчете мнението на експертите и представителите на групите, представени в Съвета,

ръководейки се от правата и интересите на осигурените лица и в изпълнение на своята функция и роля да изразява интересите и волята на организираното гражданско общество и да консултира държавните органи по проблеми на икономическото и социалното развитие на страната,

прави следните препоръки:

1. Съветът е убеден, че са изчерпани възможностите за фрагментарно усъвършенстване на обществените отношения в областта на здравното осигуряване, основание за което са многократните промени на тези отношения. Само за периода 1998 – 2003 г. Законът за здравното осигуряване е променян 21 пъти. В настоящия момент са налице още 8 законопроекта за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване. Всичко това показва, че така не могат да се решат трайно едни особено важни обществени отношения, свързани с определящата за качеството на живот човешка ценност – здравето. Съветът счита, че е необходимо постигането на обществен консенсус за интегрирането на осигурителните системи и кодифицирането на нормативната уредба по осигуряването, като се запазят добрите решения и намерят разрешение натрупаните проблеми в здравното осигуряване.

2. Съветът подчертава, че принципите на изграждане на здравното осигуряване следва да отразяват глобалните принципи на социалното осигуряване и предлага здравното осигуряване да се изгради изцяло на осигурителен принцип, а съществуващите елементи на социално подпомагане да бъдат изведени от обхвата на здравното осигуряване. По този начин ще се повиши стимулт за лицата да се осигуряват.

3. Съветът набляга върху необходимостта от прецизна регламентация на кръга от осигурени лица, като е убеден, че задължително здравноосигурени следва да бъдат само лицата, които получават доходи от трудови дейности или приравнени към тях. Съветът препоръчва да се синхронизират подлежащите на осигуряване лица с действащите режими за социално осигуряване, което отговаря и на чл.13 от ратифицираната от България Европейска социална харта.

4. Съветът насочва вниманието за необходимостта от спешно решение на финансирането на здравните услуги и дейности, като се прецизират взаимоотношенията между осигурителите, осигурените лица, НЗОК, бюджета и изпълнителите на медицинска помощ и услуги. В основата на тази регламентация следва да стои разбирането, че за здравноосигурените лица финансирането следва да бъде чрез здравноосигурителни вноски, целеви субсидии от бюджета и други източници. За останалите лица следва да бъдат предвидени друг ред и критерии за заплащане на извършени дейности и оказани медицински услуги – от бюджета, от обществени и частни фондове и/или за тяхна сметка.

5. Съветът изразява категоричната си позиция, че следва да се осигурят законови гаранции за равнопоставено участие на *представителите на осигурителите* – представителните организации на работодателите, на *представителите на осигурените* – представителните организации на работниците и служителите, и на *представителите на държавата, съвместно с общините*, в управителните и контролните органи на НЗОК. Една възможна алтернатива за определяне на съотношението между квотите, правомощията на управителните и контролните органи и избора на ръководството на НЗОК е моделът на Националния осигурителен институт, който е доказал своята ефективност.

Съветът счита за целесъобразно управителните органи на НЗОК да бъдат наточени с контролни и други функции по управлението, с което на практика НЗОК ще се превърне в обществена институция в съответствие със залегналите в Лисабонската стратегия принципи за активната роля на социалните партньори в управлението на обществените фондове и институции.

6. Съветът е убеден, че са необходими промени в инструмента Национален рамков договор, най-малко в следните елементи: контрагенти; субекти, които го подписват; права, задължения и отговорности на страните; механизми на контрол по неговото изпълнение; санкции с основна цел ефективна защита на правата на гражданите за достъп до качествено здравно обслужване и недопускане намаляване обхвата на медицинската помощ и на здравните услуги.

7. Съветът настоява да бъдат предприети спешни мерки по изграждането на ефективна интегрирана информационна система и да се въведат т.нар. "смарт карти" за установяване статуса на всеки български гражданин и потребител на здравни услуги.

8. Съветът счита, че е необходимо залегналият в чл.5, т.4 от Закона за здравното осигуряване принцип за отговорност на осигурените за собственото им здраве да се развие в система от норми, чрез които здравноосигурените лица да бъдат стимулирани да полагат грижи за собственото си здраве.

9. Съветът счита, че само повишаването на размера на осигурителната вноска за здравно осигуряване не може да реши проблемите с финансирането на здравеопазването. Повишаването на размера на здравноосигурителната вноска, без да се отчита общото ниво на осигурителната тежест, ще доведе до намаляване на вътрешното потребление, ще повиши значително разходите за труд, ще се намали производителността, а оттук и конкурентоспособността, ще се намалят стимулите пред чуждестранните и българските инвеститори, с което ще се възпрепятства създаването на условия за устойчив икономически растеж и възможностите на България да даде своя принос в достигането на основната цел на Европейския съюз, а именно превръщането му в най-високопроизводителната и конкурентна икономика в света.

Икономическият и социален съвет счита, че настоящото становище е само част от голямата тема за здравеопазването.

Необходимо е да се предприемат стъпки към извършване на цялостен, задълбочен и изготвен с участието на всички заинтересовани институции и организации анализ на провеждащата се в страната здравна реформа и нейното законово уреждане.