

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**  
**„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“**

**Юлия Пламенова Шеретска**

**ОЦЕНКА НА  
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА И  
ЗДРАВНОЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА СИСТЕМА  
В БЪЛГАРИЯ КАТО ТЕХНОЛОГИИ ЗА  
ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**ДИСЕРТАЦИЯ**

**за присъждане на образователна и научна степен**

**“ДОКТОР”**

**Област на висше образование 7. „Здравеопазване и спорт“**

**Професионално направление 7.4. „Обществено здраве“**

**По докторска програма – „Социална медицина и организация  
на здравеопазването и фармацията“**

**НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:**

**проф. д-р Г. Христов, дм**

**София 2021 г.**

## СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР .....	7
1. Здравна политика .....	7
1.1. Здравна сигурност. Определение .....	7
1.2. Здравна политика. Определение.....	8
1.3. Принципи за изграждане на здравна политика.....	9
1.4. Структура на здравната политика .....	10
1.5. Здравна политика основана на доказателствата .....	11
2. Здравни технологии и оценка на здравните технологии.....	12
2.1. Здравни технологии. Определение.....	12
2.2. Оценка на здравните технологии. Определение.....	13
2.3. Цели и предназначение на оценката на здравните технологии.....	13
2.4. Етапи в оценката на здравните технологии.....	14
3. Здравноосигурителните системи като здравни политики.....	16
3.1. Исторически преглед на възникването .....	16
3.2. Сравнение между двата модела и приложението им в Европейските осигурителни системи .....	22
4. Здравноосигурителните системи като финансиращи здравни технологии.....	23
4.1. Здравнозастрахователни системи в Съединените Американски Щати като финансиращи технологии. ....	24
4.2. Европейските здравноосигурителни системи като финансиращи технологии. Допълнително здравно застраховане.....	35
5. Здравноосигурителни системи в България.....	50
5.1. Исторически преглед. Здравното осигуряване в България преди 1951, от 1951 до 1990, промени в доброволното здравно застраховане от 07.08.2012.....	50
5.2. Задължително здравно осигуряване – устройство.....	52
5.3. Доброволно здравно застраховане .....	57
ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОД И ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО.....	60
1. Цел .....	60
2. Задачи .....	60
3. Методи.....	60
4. Обект на проучването .....	61
ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ .....	62

1. Сравнителен анализ на обема на предлаганите покрития от задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България за периода 2013 г. – 2020 г. ....	62
1.1. Обем на покритието на задължителното здравно осигуряване.....	62
1.2. Обем на покритието на доброволното здравно застраховане .....	68
1.3. Сравнителен анализ на обема на покритията на НЗОК и застрахователните компании.....	75
2. Анализ на финансовите характеристики на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България за периода 2013 г. – 2020 г. ....	77
2.1. Анализ на тарифните планове на застрахователните компании.....	78
2.2. Средноаритметични лимити и вноски в задължителното здравно осигуряване (начин на изчисление) .....	81
2.3. Анализ на размера на годишните бюджети на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане .....	83
3. Анализ на обхвата на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България за периода 2013 г. – 2020 г. ....	85
3.1. Задължителното здравно осигуряване – брой лица с непрекъснати права ....	85
3.2. Доброволното здравно застраховане – брой лица .....	86
4. SWOT анализ на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане като здравно-политически технологии .....	86
4.1. Задължително здравно осигуряване.....	87
4.2. Доброволно здравно застраховане .....	89
5. Проучване на потребителските предпочитания .....	91
ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ.....	112
Заключение .....	112
Изводи .....	114
Препоръки.....	115
БИБЛИОГРАФИЯ.....	117
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	126

## СПИСЪК СЪС СЪКРАЩЕНИЯ

### Съкращения на кирилица:

БВП – брутен вътрешен продукт

ДЗЗ – Доброволно здравно застраховане

ЕК – Европейска комисия

ЕС – Европейски съюз

ЗЗО – задължително здравно осигуряване

КФН – Комисия за финансов надзор

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НРД – Национален рамков договор

САЩ – Съединени Американски Щати

СЗО – Световна Здравна Организация

### Съкращения на латиница:

ACA - Affordable Care Act

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

SCHIP - State Children's Health Insurance Program

## **Въведение**

Сложността и забързаността на времето и темповете на развитие на технологиите и науката дават отражение във всички сфери. Една от най-значимите и силно повлияни от скоростните промени е тази на здравеопазването.

Здравеопазването е схема от многобройни схващания, цели и инициативи за опазване на здравето. Тази схема има за задача да повиши сигурността на населението, предоставяйки му здравни грижи и услуги. Вземаните от нея медицински и здравно-политически решения се основават на процеси на използване на най-добрите утвърдени и доказани съвременни подходи и методи в медицината и здравеопазването. Здравната политика е основно средство за подпомагане на здравните политици и мениджъри при вземането на решения, като им предоставя в систематизиран вид научни доказателства за клиничните, социалните, икономическите, етичните и общо-системните последици от инвестирането и използването на различни технологии и форми на организация в здравеопазването.

Здравните технологии са основата, на която се базира здравната политика. Те включват в себе си всички дейности и продукти, които водят до здраве, включително здравна информация, информационни технологии и системи на управление, които подпомагат профилактичния, скринингов, диагностичен, лечебен и рехабилитационен процес. За да се реализира всичко това няма как да не се даде гласност на най-важния аспект, а именно финансирането на здравните системи. Получаването на средствата и каналите по които те достигат до здравните системи са обект на бурно обществено и политическо обсъждане. Все още не е намерена правилната формула и баланс между отделните финансиращи системи на здравеопазването. Различните държави и правителства правят различни миксове от финансови технологии, за да могат да подобрят състоянието на

здравеопазването и да могат да предоставят на населението обективен начин за достъп до най-добрите здравни грижи.

В исторически план здравната сигурност на отделния индивид е обезпечена посредством набирането на средства от работещите и влягането им в здравни грижи за нуждаещите се. С течение на времето, като израз на различните политически убеждения, логично възникват и различни по своя характер здравни системи.

В България здравното осигуряване се въвежда със закон за задължителното здравно осигуряване през 1924 г., който претърпява радикални промени в периода между 1948 г. и 1949 г., когато се осъществяват и радикални промени в здравеопазването. Здравното осигуряване се замества от държавна здравна система, която се финансира от общи данъчни постъпления. Здравното осигуряване се възстановява с влизането в сила на Закон за здравното осигуряване от 1998 г. Днес системата в страната ни е основана на два стълба единият е задължително здравно осигуряване, основаващо се на принципа на солидарността, а другият е доброволно здравно застраховане, осъществявано от застрахователни компании, които са получили лиценз по надлежен законов ред.

Настоящата работа цели да се направи сравнение на двата финансиращи канала на здравеопазването в България, както и да се представи ролята на доброволното здравно застраховане като съфинансираща система. За постигане на тази цел са направени подробни анализи на обхвата и обема на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане, както във финансов аспект, така и на предлаганите от тях здравни грижи и услуги.

# ГЛАВА ПЪРВА

## ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

### 1. Здравна политика

Многообразният и сложен характер на здравните системи днес може да бъде представен с помощта и изясняването на същността на здравната политика, която от своя страна е съществена част от социалната политика.

Една от причините за възникване на здравната политика е недостатъчната сигурност, която предлага социалната политика. Предлагането на здравна сигурност е и основната цел на здравната политика. (3)

#### 1.1. Здравна сигурност. Определение

В днешно време обществото живее в свят изпълнен с несигурност и неравенство от различно естество – икономическо, образователно, здравно и тн. Ето защо основна цел е преодоляването на тази несигурност и това преодоляване има голямо значение за общественото здраве. Социалният феномен здравна несигурност може да бъде премахнат със засилване на здравната сигурност, която се основава на ясно определена здравна политика.(28)

Определението, което е дадено е литературата за здравната сигурност е, че тя е система от норми, институции, дейност и отношения, целенасочени към максимално възможна равнопоставеност в шансовете на гражданите за гарантиране на тяхното здраве, съответно на достъпа им до здравни услуги с високо качество.(3)

## 1.2. Здравна политика. Определение.

Поради различното тълкуване на понятието здравна политика и даването на по-точно и конкретно определение на значението му, се изисква прецизно дефиниране на двете понятия, които го съставят. (3)

В смисъла на думата политика залягат държавните дела или по друг начин казано същността ѝ е да насочва и регулира отношенията на хората, социалните групи за постигане на определени значими цели. Политиката може да бъде разглеждана и като директива за дейности, като утвърдена посока за развитие на дадена система. (1,3,14)

Следователно може да се каже, че здравната политика е система от дългосрочни официални решения за опазване на здравето, чрез които се оценява доколко многобройните дейности и инициативи, свързани със здравето, са приемливи относно преследваните цели и средства за осъществяването им. (3,14)

В литературата се среща и по-кратко определение, което гласи, че здравната политика е официално становище по значимите проблеми на здравето и пътищата за тяхното решаване. (14)

За осъществяването на тези схващания са ангажирани пряко здравната служба и всички обществени сектори, чиято дейност има отношения към здравето на населението.

Необходимо е да се направи и уточнението, че въпреки честата взаимозаменяемост на понятията здравна политика, мениджмънт и стратегия, те притежават различни значения. Стратегията отразява целите, независимо дали те са водещи, дългосрочни или крайни. Политиката спомага за поставянето на задачите за постигането на целите, а мениджмънтът отговаря за реализацията на политиката. Съществената разлика между политиката и мениджмънта е в това, че политиката се

отнася преди всичко до главните решения, а мениджмънтът е ориентиран преди всичко към ежедневната дейност. (1,3,14)

В себе си политиката включва цели, приоритети и средства. Средствата на политиката са законодателството, информация и комуникация, стимули, мотиви и учреждения. В политиката се съдържат интелектуални и собствени политически елементи. Интелектуалните елементи отразяват следните предпоставки – информация за реалността, инструментални предпоставки и нормативи предпоставки. Политическите елементи отразяват главно съдържанието и интересите на властта. В този аспект процесите на политиката включват – дефиниция на проблемите в обществено-политически план, подготовка и формулиране на решенията в условията на политическата арена, парламентарното лоби, правителството, заинтересуваните социални групи, общественото мнение и други. (1,14)

### **1.3. Принципи за изграждане на здравна политика**

Във времето, в което живеем не са достатъчни някогашните принципи за изграждане на здравна политика, които са обвързани главно с хуманитарните принципи на медицината. Ето защо днес са нужни принципи не само с хуманитарна насоченост, но и такива с методологична и организационно-технологична роля. (1,3,7,8,14)

В методологичен аспект роля за изграждането на здравната политика имат приоритетността, реалистичността и новият универсализъм. В контекста на глобалната стратегия на СЗО в организационно-технологичния аспект намират място следните принципи – справедливост, добре информирано и мотивирано население, етични критерии, промоция на здравето, първичните здравни и междусекторното партньорство. (1,3,7,8,14)

Едни от основните критерии за класифициране на здравната политика са нейните цели и приоритети. Наблюдават се различни типове здравна политика в зависимост от нейната ориентация и обхватността на подходите към здравните проблеми. Здравната политика може да бъде ориентирана към болестта и лечението или промоцията на здравето, към медицинската професия или професионалното партньорство, към отделни социални групи или към цялото население, към краткосрочни или дългосрочни цели. Всичко това цели постигането на една всеобхватна здравна политика отговаряща на потребностите на обществото. ( 1,3,7,14)

#### **1.4. Структура на здравната политика**

Структурата на здравната политика съдържа две основни части – дескриптивна и прескриптивна.

Дескриптивната част включва в себе си фактори на здравето, здравни потребности, здравни цели и приоритети или казано по друг начин това е описателната, аналитичната, диагностициращата част на здравната политика. Прескриптивната или приложната, интервениращата част съдържа в себе си медицинската помощ, промоцията на здравето, подкрепата (било тя социална или междусекторно сътрудничество). При осъществяването на здравната политика най-голямото изпитание пред нея е дали ще обхване качествено всички тези елементи от своята структура. (7,14)

Участниците имащи за задача формулирането и качественото изпълнение на здравната политика са правителството, парламента, политическите партии, съсловните организации и синдикатите, както и заинтересовани обществени групи. Въпреки че всеки от тях изхожда от собствената си гледна точка, проблемът, който стои пред тях е постигането на баланс и съподчинение на мотивите и интересите с оглед формулирането на националната здравна политика. (7,14)

## **1.5. Здравна политика основана на доказателствата**

Здравната политика основана на доказателствата е от голямо значение за развитието на балансирана здравна система. Основно средство за изграждането на здравна политика, която е основана на доказателствата е Оценката на здравните технологии. Именно правилната оценка на здравните технологии може да предостави на управляващите подходящата информация, за да могат те да вземат точните и навременни управленски решения. (14)

### ***Определение***

Определението, което дава Ц. Воденичаров за здравната политика, основана на доказателствата е, че тя е процес на насочено и комплексно използване на най-добрите утвърдени и доказани съвременни подходи и методи в медицината и здравеопазването за вземане на медицински и здравно-политически решения. (7)

### ***Основна задача***

Като нейна основна задача описва ролята ѝ да подпомага здравните политици и мениджъри при вземането на решения, като им предоставя в систематизиран вид научни доказателства за клиничните, социалните, икономическите, етичните и общо-системните последствия от инвестирането и използването на различни технологии и форми на организация в здравеопазването. (5,7,14)

Събирането на достатъчни доказателства за изграждането на здравна политика има за цел да се направи оценка и анализ на организацията и управлението на конкретна здравна система. (5,7,14)

## ***Основни направления на модерната здравна политика***

Ц. Воденичаров посочва като начин за излизане от кризата в здравеопазването използване на реформаторска програма. Според него модерната здравна политика трябва да е основана на доказателствата, да се обърне към партньорството, да е дългосрочна и с ясно очертани граници. Основните направления на модерната здравна политика са осем. (14)

Първото е свързано с развитието на здравеопазването чрез реформа.

Второто касае внедряването на комплекса от трите Д – демонополизация, децентрализация и демокрация. Този комплекс подчертава новата роля на здравната политика, в която водеща роля при опазване на личното здраве принадлежи на отделния индивид.

Третото направление засяга реструктуриране на стационарната помощ.

Четвъртото има за задача да развие пазара на здравни услуги.

Петото има за цел да подобри финансирането на здравеопазването.

Шестото е свързано с остойностяването на здравните разходи в отделните лечебни заведения.

Седмото направление има за задача да внедри европейските стандарти.

Осмото касае приватизацията и усъвършенстването на доброволното здравно застраховане за ефективното съществуване на публично-частните отношения.

## **2. Здравни технологии и оценка на здравните технологии**

### **2.1. Здравни технологии. Определение.**

Динамичното развитие на науката изисква постоянното и приложение в медицината. Здравната технология представлява точно това

- приложението на научното познание в здравните грижи и профилактиката на болестите. Под това понятие се разбират не само медицинските технологии, но и всички дейности и продукти, които водят до здраве, включително здравна информация, информационни технологии и системи на управление, които подпомагат профилактичния, скринингов, диагностичен, лечебен и рехабилитационен процес.(4,80)

Здравните политики сами по себе си също са здравни технологии. Те включват в себе си цялата информация за здравеопазването и посредством оценката направена на точните технологии (взети решения, обобщаване на статистически данни и др.) в подходящото време, може да бъдат извлечени ползи за доброто им бъдещо изграждане. Задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане като видове здравни политики, също са здравни технологии.

Международната мрежа на агенциите за оценка на здравни технологии дава следното определение - здравна технология е съвкупност от превенция, рехабилитация, ваксини, медикаменти, устройства, медицински и хирургически процедури, здравеопазни системи. (4)

## **2.2. Оценка на здравните технологии. Определение.**

Оценката на здравните технологии е мултидисциплинарен здравнополитически анализ, който изучава медицинските, социални и икономически прояви на развитието, разпространението и приложението на здравните технологии.(4).

## **2.3. Цели и предназначение на оценката на здравните технологии**

За да се представи обективното състояние на ситуацията в здравеопазването е необходимо да се прави оценка, както на икономическите аспекти, така и на ефикасността, ефективността и достъпността на здравните технологии. Оценката на здравните технологии има една основна цел да предостави на всички заинтересовани страни, които вземат решения и създават политики в сферата на здравеопазването,

надеждна и обективна информация за различните алтернативи, които биха могли да бъдат решение за поставения проблем.(4)

Оценките на здравните технологии са от полза както на правителството и подчинените му съвети, агенции, комисии и фондове, така и на пациентски организации, частни юридически и физически лица, инвеститори и други. За удовлетворяване на техните нужди здравните технологии могат да бъдат поставени в различни групи. Те имат възможността да анализират лекарствени продукти, биологични лекарствени продукти, оборудване и устройства, медицински процедури, подпомагачи системи, организационни и управленски системи. Оценяваните здравни технологии намират различно приложение в медицинските практики. Те могат да се правят за превенция, скрининг, диагностика, за лечебни цели, които подобряват здравното състояние, и за рехабилитация. Едни от най-трудните за оценка са така наречените хибридни технологии, които съчетават в себе си различни категории. (4,112)

#### **2.4. Етапи в оценката на здравните технологии**

Оценяваните здравни технологии могат да бъдат на различен етап от своя маркетингов цикъл. Някои компании използват оценката на технологии, за да намалят риска от разработването на непечеливш продукт. Ето защо те предпочитат оценяването да се извърши в началото още преди да са инвестирали в разработването му. Оценка може да се направи и на здравни технологии, които вече са се наложили като стандарт или на такива, които са отхвърлени отдавна. В тези случаи може да се докаже, че широко прилагани практики не са толкова ефективни, или такива, които са били отхвърлени имат значителен потенциал. Понякога както при технологиите и тук някой от етапите могат да не са рязко

разграничени, а дадена оценка има вероятност да включи няколко етапа на развитие. (4)

Изключително важен е моментът, който ще бъде подбран за направа на оценката. Няма точно определени моменти, когато да бъде направена тя, но е установено, че обикновено потребителите не заплащат за услуги в изпитателен срок. Както вече беше споменато оценка може да бъде направена в началото на разработването на дадена технология, за да бъде ограничено развитието и ако тя се окаже неефективна. От друга страна не е редно направена вече оценка да се приеме за окончателна. Оптимизирането, усъвършенстването и персонализирането на отделни фактори могат да повлияят върху развитието на отделната технология. Следователно при извършване на последваща оценка, полученият резултат може да се окаже коренно различен. (4,112)

Оценката на определена здравна технология може да бъде насочена към един компонент или да бъде многокомпонентна. Тя има за цел да изследва нейните технически качества, безопасността, ефикасността и ефективността на здравната технология, нейните здравно-икономически, социални, юридически, етични и политически ефекти. (4)

За оценката на здравните технологии е много важна гледната точка, от която се прави. От различните гледни точки при еднакви условия се получават различни резултати. Но трябва да бъде ясно, че оценката на здравните технологии има една основна цел и тя е да предостави на всички заинтересовани страни, които вземат решения и създават политики в сферата на здравеопазването, достатъчна надеждна и обективна информация за различните алтернативи, които биха могли да бъдат решение за поставения проблем.(4)

### **3. Здравноосигурителните системи като здравни политики.**

#### **3.1. Исторически преглед на възникването**

Възникването на здравното осигуряване е провокирано от индустриализацията и нуждата да се създаде сигурност за работниците и техните семейства. Появата на болест, трудова злополука или друг вид събития, които не позволяват на работниците да печелят пари, обрича тяхното съществуване. (1,4,52,154)

Индустриализацията засилва риска от трудови злополуки, а съществуващото законодателство, не позволява реално обезщетение, тъй като не съществуват механизми, чрез които да се докаже вината на работодателя. (1,4,52,154)

Устоите на индустриалното общество са допълнително застрашени от отсъствието на защита на възрастните работници. Липсва диференциация между хората, посветили живота си на труда, и тези, които никога не са работили. (1,4,52,154)

Формира се нуждата от нова концепция за защита на работещите (53) под въздействие на следните три обстоятелства:

Развитие на индустриализацията и създаване на класа, живееща от доходите на своя труд.

Корелационно намаление на частта на населението, живееща от доходи от частна собственост и ползваща се от тази форма на сигурност.

Утвърждаване на наемния труд като основен източник на индивидуални средства.

В основата на новата концепция стоят схващанията, че:

1) Актът на защита срещу неблагоприятни събития в живота не е задължително да бъде доброволен;

2) Защитата може да бъде ефикасна само, ако е наложена и гарантирана от целия трудов колектив. (1,3,27,52-53,154)

С течение на времето се очертават две течения, известни като модела „Бисмарк“ и модела „Беверидж“.

## МОДЕЛЪТ „БИСМАРК“

Моделът „Бисмарк“ стои в основата на създаване на здравното осигуряване. Това е първият вид осигуряване, което се въвежда в Германия през 1883 г. чрез задължителна осигуровка за болест. След това поетапно се въвеждат и останалите рискове „трудова злополука“ и „старост и инвалидност“. (3,27,53,68,167)

### **Определение**

Моделът „Бисмарк“ се развива повече от век, което води до превръщането му в сложна система, която има различни аспекти: правни, чисто осигурителни, икономически и социални. Поради това не може да се даде еднозначно определение на това какво представлява социалното осигуряване. То е една от възможните осигурителни форми за гарантиране на сигурността на лицата, засегнати от социални рискове, довели до намаляване или пълна загуба на техните доходи. (1,3,27,52-53,67-68)

### **Основни характеристики**

Моделът Бисмарк е една от основните форми за осигуряване на големи слоеве от населението, който се отличава със задължителния си характер. Въвеждането му чрез закон или директива не изисква сключване на определен договор. Тази задължителност се изразява в това, че лицето се включва в осигурителната съвкупност, независимо от неговото желание, стига да отговаря на предписаните в закона условия. В резултат на това на

работещите се осигурява защита срещу определени в закона социални рискове. (53)

Социалното осигуряване се финансира от осигурителни вноски, които могат да бъдат фиксирани или обвързани с получавания доход. Осигурените лица, внесли веднъж осигурителни вноски, не могат да ги изтеглят или да ги използват за друга цел. Следователно, социалноосигурителната вноска има строго целево предназначение – издръжка на лицата при настъпване на неблагоприятно събитие.

### **Принципи**

В класическия си вид моделът „Бисмарк“ се основава на четири основни принципа (68,167):

- Защита, основана изключително върху труда, ограничена само за работещото население;
- Защита, задължителна само за наетите, чиято работна заплата е била по-ниска от определена сума;
- Защита, базирана върху техниката на осигуряването, която въвежда пропорционалност на вноските по отношение на работната заплата и пропорционалност на осигурителните плащания (престации) спрямо вноските;
- Управление на системата както от работодателите, така и от самите наети лица.

### **Финансиране**

Осигурителната вноска, заплащана от лицата, се събира в определен фонд – Общо-осигурителен фонд, който следва специфичен, присъщ само на него принцип на разпределение. Ето защо, социалното осигуряване се различава от спестяването и застраховането, при които всеки заделя по свой начин определена част от дохода си. Освен това, при тях лицето

винаги може да прекрати договора и да използва внесените средства за друга цел. (27,52,53)

В зависимост от финансовата организация на социалното осигуряване могат да се осъществят два вида трансфери на средства. Единият е т.нар. междугенерационен, при който активните лица със създадения от тях съвкупен обществен продукт гарантират издръжката на всички нетрудоспособни. Той се основава на принципа на солидарността между поколенията. Вторият вид трансфер е т.нар. генерационен (интертемпорален) – трансферът на средства е в рамките на едно поколение, на един човешки живот, като солидарността е в рамките на дадена генерация.

### МОДЕЛЪТ „БЕВЕРИДЖ“

Принципите на класическия модел „Беверидж“ имат основна заслуга за превръщането на задължителните публично-осигурителни системи в инструмент на политиките за глобална защита. (3,27,52, 53)

Втората световна война допринася за установяването на нов световен ред, свързан и с появата на две системи – социализъм и капитализъм. Логично е тази променяща се среда да даде отражение и върху съществуващата дотогава осигурителна система по модела „Бисмарк“. По отношение на осигурителната защита времето след Втората световна война може да се оцени като време на превръщане на осигурителните системи в инструмент за глобалната защита. Това става възможно благодарение на една нова концепция – тази за социалната сигурност.

### **Основни характеристики**

Концепцията на модела има следните характеристики (67-68):

- Защита на индивидуалните интереси, без да се вземат предвид т. нар. групови интереси;
- Разполагане на социалното осигуряване в общия план на социалния прогрес във Великобритания;
- Сътрудничество между държавата и индивида.

## Принципи

Принципите, върху които се изгражда новият модел на задължителна социална сигурност са (53,136,169,175):

- *Универсалност* – това е главният принос на Беверидж към съвременната концепция за социална защита. В този модел е изоставена традиционната логика на социалните осигуровки, предназначени само за трудещите се. Новият модел цели да се осигури защита за цялото население от всички социални рискове на съществуването;
- *Единство* – приема се по различни начини. От една страна става дума за еднаквост – еднакви по характер осигурителни вноски и плащания. Според Беверидж ефикасността на новата система следва да се измерва с възможността да се намали бедността в страната, а не с възможността да се възстанови предишното жизнено равнище на осигуреното лице. Той счита, че осигурителните плащания на ниво нормални потребности се извършват само при загуба на възможността за труд. Възстановяването на предишното жизнено равнище на лицето трябва да е резултат на индивидуалната му предвидливост и отговорност чрез използването и на други осигурителни форми.

От друга страна, това единство се изразява в единния характер на организацията на системата. Идеята на Беверидж е единна вноска да се плаща в единна специализирана система за

национално осигуряване, с изключение на семейните надбавки. Управлението на тази национална система следва да се повери на държавната администрация;

- *Интеграция* – Беверидж се обявява за интеграция на всички отделни форми за защита в системата на осигуряване. Така новият модел сближава осигуряване и подпомагане и по този начин базира защитата върху истински обективни права, които индивидът може да използва винаги. Този принцип на интеграция е съвместим с координацията на трите големи политики: по доходите, на здравеопазването и на пълната заетост. Чрез тези стълбове на истинската политика за социална сигурност се дава възможност за овладяване на главните фактори за социална несигурност. По този начин Беверидж обяснява и оправдава по-разширената интервенция на държавата в социалния живот на обществото – но дотолкова, че да не засяга индивидуалната инициатива.

### **Финансиране**

Финансирането при този модел се осъществява на база данъчни плащания. Основната идея е да се даде равен достъп на всички до здравни грижи и услуги, като за целта е създаден орган, т. нар. Национална здравна каса, която разпределя средствата събрани от данъци. (27,53)

Плащането на получените услуги и грижи се извършва от страна на държавата. Не зависимо какъв принос има даден индивид към здравната система, той има право на здравни грижи наравно с всички останали.

### **3.2. Сравнение между двата модела и приложението им в Европейските осигурителни системи**

Необходимостта от защита на населението води до появата на два здравно-осигурителни модела. Разликите им са свързани до голяма степен с времето, в което възникват (67,68,136,173,175):

Ако моделът „Бисмарк“ е насочен само към защита на работещото население и основните му принципи са насочени към хората, които се трудят, то Беверидж развива тази концепция и я превръща в универсална, т.е. защита получава цялото население.

Финансирането при модела „Бисмарк“ се осигуряват работещите с работна заплата до определена сума, докато при „Беверидж“ съществува единство (единна вноска за всички).

При системата на Бисмарк управлението на набраните средства е в ръцете на работодателите и работниците, докато управлението при Беверидж е поето от държавната администрация. Това дава възможност за възникване на много различни здравни системи.

Европейските страни имат новаторски и водещ характер по отношение на здравната социална защита. Тези системи са се развивали в продължение на повече от век под влияние на разнороден политически натиск и различни икономически традиции, което ги прави твърде различни. Независимо от това, техен водещ принцип е солидарността.

Европа е едновременно и място на първата система за социална осигуряване, както и на първата истинска система за социална сигурност с национална здравна служба.

От гледна точка на възприетите модели може да се каже, че по-голямата част от европейските страни възприемат универсалните здравни режими за социална сигурност, покриващи сто процента от населението (67-68,136,173,175,179,184). Водеща в това отношение е Великобритания,

която въвежда този модел през 1948 г. Другите страни остават обвързани с модела Бисмарк, но обхватът на защитеното население с годините нараства и започва да включва и допълнителни категории население. По отношение на тези страни покритото население нараства на 95-99%.

На базата на описаните здравноосигурителни модели се оформят три равнища на социална осигурителна защита (175):

**Първото равнище** предоставя законова универсална защита на цялото население. Тази защита е организирана чрез единна система за социална сигурност.

**Второто равнище** предлага социална професионална защита, която се представя от системи за социални осигуровки, управлявани от социални партньори, които са под попечителствата на държавата. Такива страни са Германия, Белгия, Ирландия.

**Третото равнище** има за цел да достави договорна социална частна защита, която се реализира чрез събиране на многобройни осигуровки в предприятия, които са управлявани понякога от работодатели, застрахователни компании, специализирани взаимоспомагателни каси.

Европейското население има високо равнище на защитеност по отношение на здравните услуги, въпреки че системите са твърде различни. Това високо равнище се постига и от обединителната дейност на Европейската здравна политика.

#### **4. Здравноосигурителните системи като финансиращи здравни технологии**

Динамиката на времето, в което живеем слива все повече здравноосигурителните системи и финансовите в едно. На здравните системи им се налага все повече да взаимодействат от финансовите системи, за да могат да

отговорят на предизвикателства, пред които са изправени. Те трябва да са устроени така, че хората да имат равен шанс и достъп до различни видове лечение. Ето защо различните правителства и различните държави подхождат по различен начин, за да могат да осигурят достатъчно финанси в здравната система и тя да може да отговори на нуждите на хората.

За да се разбере по-добре този процес по-долу анализираме опита на различни държави във финансирането на здравноосигурителните си системи, като последователно представяме факти за САЩ и някои страни от ЕС. Разглеждат се различни здравни системи като финансиращи технологии, чрез което се поставя акцент върху здравноосигурителната система на България и нейните особености.

#### **4.1. Здравнозастрахователни системи в Съединените Американски Щати като финансиращи технологии.**

##### **Въведение**

Здравната система на Съединените Американски Щати (САЩ) представлява сложно устроена мрежа от голям размер потребители и множество застрахователи и системи за доставка на здравни услуги, които често нямат координация по между си. (107)

Американската здравна система се развива до голяма степен чрез частния сектор. До средата на 60-те години на миналия век не съществуват големи държавни здравноосигурителни програми. (107) От 1966 г е създадена национална здравноосигурителна програма Medicare. Тя осигурява здравна застраховка за граждани на САЩ над 65 години годишна възраст, но също така и за по-млади хора с определен тип заболявания. (139) Medicaid е друг тип федерална и държавна програма, която помага на хората с ограничени доходи и ресурси да покриват медицинските си разходи, като същевременно покриват обезщетения, които обикновено не се покриват от Medicare. Съществува и трета

Държавната здравноосигурителна програма за деца (SCHIP), това е програма, която обхваща със здравно осигуряване деца на семейства със скромни доходи, които не са достатъчно ниски, за да отговарят на условията за Medicaid. (139) Съществуват и специализирани програми, които предоставят здравни грижи и услуги на пенсионирани или все още служещи в американската армия. (72)

През 2010 г. е направена ключова реформа за защита на пациентите и е приет Закон за достъпни здравни грижи. Основните му разпоредби са приложени през 2014 г., като включват разширения на публичното и частното финансирано здравно покритие. Въпреки това САЩ е страна, която се отличава с високи доходи на населението, но 10% от него не притежава здравна застраховка. (107)

Въпреки постигнатия напредък в подобряването на достъпа до здравеопазването в годините от 1966 г. насам, той продължава да бъде първостепенна грижа за политиците, изследователите и депутатите. Днес в САЩ получаването на достъп до здравни услуги е взаимозависимо със способността на индивидите да заплащат за тези услуги, а получаването на здравни услуги може да бъде от решаващо значение за поддържане и подобряване на здравето. (72)

По-долу ще бъдат разгледани източниците на застрахователно покритие в САЩ и статутът на застрахователно покритие на населението.

#### ***4.1.1. Източници на финансиране на здравната система на САЩ***

В Съединените американски щати е на лице смесеното публично-частно финансиране на система на здравеопазването. Теоретично, покритие за индивидуалните разходи за здравеопазване е достъпно за почти всички чрез един от следните начини:

- Medicare за възрастни и хората с увреждания;

- Medicaid за хора с ниски доходи, жени и деца (и някои мъже), както и тези с определени увреждания;
- Държавната здравноосигурителна програма за деца (SCHIP), която обхваща децата на семейства с ниски доходи, които не са достатъчно ниски, за да отговарят на условията за Medicaid;
- субсидирани от работодателят здравни застрахователни покрития на работно място;
- самостоятелно закупено здравно застрахователно покритие за тези, които не попадат в предходните три групи;
- частни плащания направени от пациентите към доставчиците за получени конкретни здравни грижи и услуги.

Друг вид източници на финансиране, които засягат много по-малко американци, включва група здравно осигуряване достъпно чрез доброволни организации и здравната програма CHAMPUS за издръжка на активни и пенсионирани членове на военните служби. (72)

През 1990 г., около 64 % от населението под 65-годишна възраст имат застрахователно покритие от частни застрахователни планове, свързани със заетостта, 5,2 % от друга частна застраховка, 9,9 % от Medicaid, 1,6 % от Medicare, и 4,0 % от CHAMPUS. (72)

Разходите направени за здраве в периода от 1970 г. до 2018 г. на база brutния вътрешен продукт (БВП) са се утроили. Общите разходи за здравеопазване в САЩ като дял от БВП постоянно надвишават тези на другите икономики на ОИСР от 1970 г. и разликата се увеличава. През 2019 г. разходите за здравеопазване на повечето европейски икономики представляват между 8 и 11% от БВП и само няколко страни от ОИСР (Франция, Германия и Швейцария), надвишават 11%, в сравнение със 17% в САЩ.

В Таблица 1 е направено сравнение между част от европейските страни и САЩ за направените разходи за здраве и БВП на страната. От данни предоставени от Organisation for Economic Co-operation and

Development (OECD) е видно, че разходите направени от САЩ за близо два пъти повече от тези направени от Словения.

Процентно съотношение между годишните разходи за здраве и БВП на страните за периода 2010 г.-2019 г.										
Година	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Страна</b>										
<a href="#">Австрия</a>	10.2	10.0	10.2	10.3	10.4	10.4	10.4	10.4	10.3	10.4
<a href="#">Белгия</a>	10.2	10.4	10.5	10.6	10.6	10.4	10.8	10.8	10.8	10.7
<a href="#">Франция</a>	11.2	11.2	11.3	11.4	11.5	11.4	11.5	11.3	11.2	11.1
<a href="#">Германия</a>	11.1	10.8	10.9	11.0	11.0	11.2	11.2	11.3	11.5	11.7
<a href="#">Холандия</a>	10.2	10.2	10.5	10.6	10.6	10.3	10.3	10.1	10.0	10.2
<a href="#">Португалия</a>	10.0	9.7	9.7	9.4	9.3	9.3	9.4	9.3	9.4	9.5
<a href="#">Словения</a>	8.6	8.5	8.7	8.7	8.5	8.5	8.5	8.2	8.3	8.5
<a href="#">Испания</a>	9.1	9.2	9.2	9.1	9.1	9.1	9.0	9.0	9.0	9.1
<a href="#">Швейцария</a>	9.9	10.0	10.2	10.5	10.6	11.0	11.3	11.5	11.2	11.3
<a href="#">САЩ</a>	16.3	16.2	16.2	16.1	16.3	16.5	16.8	16.8	16.7	16.8

Таблица 1 Процентно съотношение между годишните разходи за здраве и БВП на страните за периода 2010 г.-2019 г. По данни от OECD (137)

От следващата таблица (Таблица 2) може да се види, че плащанията направени от доброволното здравно застраховане на САЩ, като процентно съотношение към БВП до 2014 г. са почти 6 пъти спрямо останали страни. В същото време за периода 2014 г. – 2019 г. те са намалели от 6 % на 1 %, което ги приравнява или дори са по ниски от останалите страни.

Процентно съотношение между разходите направени от доброволното здравно застраховане и БВП за периода 2010-2019										
Година	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Страна</b>										
<a href="#">Австрия</a>	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7

<a href="#">Белгия</a>	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
<a href="#">Франция</a>	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1.6	0.8	0.8	0.8	0.8
<a href="#">Германия</a>	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
<a href="#">Холандия</a>	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7
<a href="#">Португалия</a>	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
<a href="#">Словения</a>	1.2	1.2	1.4	1.4	1.4	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3
<a href="#">Испания</a>	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7
<a href="#">Швейцария</a>	0.9	1.0	0.8	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
<a href="#">САЩ</a>	6.3	6.3	6.3	6.2	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0

Таблица 2 Процентно съотношение между разходите направени от доброволното здравно застраховане и БВП за периода 2010-2019 г. По данни на ОЕДС (138)

#### *4.1.2. Застрахователно покритие предлагано от различните здравни планове*

САЩ е страна с едни от най-скъпите здравни грижи и услуги. Ето защо получаването на адекватно здравно застраховане е изключително важно.

Основното покритие, което получават американците, притежаващи здравен план за заетост на базата на група има сравнително широк диапазон от болнични и медицински услуги. В повечето планове от този тип предоставят болнична и извънболнична помощ, лекарски грижи, диагностициране чрез рентгенови апарати и лабораторни услуги, лекарства с рецепта, сестрински грижи, престой в заведение за продължителен грижи, психическо здраве, злоупотреба с алкохол, лечение на злоупотребата с наркотици. Много малко от тези покрития се предоставят безусловно, без никакви ограничения или изисквания за самоучастие на нуждаещите се в заплащането на грижите.

Националната здравноосигурителна програма Medicare, която датира от 1966 г., осигурява здравна застраховка за граждани на САЩ на възраст над 65 години, както и на някои по-млади хора страдащи от различни заболявания.

Данните показват, че през 2018 г. Medicare предоставя на почти 60 милиона лица здравни грижи в САЩ, над 51 милиона от които са на възраст над 65 години.(139)

Тази програма е разделена на четири части:

Част 1 - която обхваща болници, квалифицирани медицински сестри и хоспис услуги;

Част 2 - обхваща извънболничните услуги, включително услугите на някои доставчици по време на стационарно лечение в болница, амбулаторни болнични такси;

Част 3 - е алтернатива, наречена Managed Medicare, която позволява на пациентите да избират здравни планове с най -малко същото покритие на услуги като Части 1 и 2, но са разширени с покритието на Част 4 и годишен лимит за плащания направени от самите пациенти.

Част 4 -обхваща предимно разходи за лекарства, отпускани по лекарско предписание. (139,183)

Medicaid е федерална и държавна програма, която помага на хората с ограничени доходи и ресурси да покриват медицинските си разходи, като същевременно покриват обезщетения, които обикновено не се покриват от Medicare, като услуги за грижи в дома за възрастни и лични грижи.

Това е най-големият източник на финансиране за медицински и здравни услуги за хора с ниски доходи в Съединените щати. Данните показват, че САЩ осигуряват здравно осигуряване на 71 милиона души с ниски доходи или увреждания, което е 23% от общото население на САЩ. (139,183)

Програмата за детско здравно осигуряване, или по-рано известна като Държавната здравноосигурителна програма за деца (CHIP), е програма, която обхваща със здравно осигуряване деца на семейства със скромни доходи, които не са достатъчно ниски, за да отговарят на условията за Medicaid. (139,183)

В САЩ има около хиляда частни доставчици на здравно застраховане, като всеки от тях предлага различни планове с различни цени, които до голяма степен зависят от медицинската история на човек. Въпреки това съществуват индивидуални планове, обхващащи само един човек, има и групови планове, насочени по специално към семейства. (107,151,185).

#### ***4.1.3. Пазарът на доброволното здравно застраховане***

Пазарът на доброволното здравно застраховане е широкообхватен. През 2017 г. над 35 милиона американци притежават доброволна здравна застраховка, от които 87 % са за сметка на работодателя, а останалите са закупени индивидуално. Въпреки тези цифри, разходите за доброволно здравно застраховане са по-ниски от тези на програмите, спонсорирани от правителството. Това е така, защото при обслужване на населението в трудоспособна възраст разходите на глава от населението са много по-ниски, отколкото тези при програмите Medicare и Medicaid, които предоставят грижи на възрастни хора и на хора с увреждания.

Често големите работодатели, предлагат редица възможности за доброволни здравни застрахователни продукти на своите служители, докато малките работодатели са склонни да предлагат много по-малко възможности за избор. За служителите на федералното правителство обаче може да има десетки възможности за избор.

Почти всички здравноосигурителни продукти в САЩ предоставят обезщетения под формата на услуги, а не чрез възстановяване на

направените от пациентите разходи. Въпреки това съществуват и застрахователни планове, които осигуряват определени парични обезщетения за ден болничен престой. Това са продукти, които представляват изключително малка част от пазара.

#### ***4.1.4. Лица, без здравни застраховки***

След проведено проучване на Министерството на търговията в САЩ е установено, че е трудно да бъде изчислен броят на осигурените и неосигурените лица. Като са взети под внимание грешките, които могат да се получат в хода на изследването и получаването на информация от домакинствата за вида на здравното осигуряване, от което се възползват. Министерството на здравеопазването на САЩ и NMES Human Service са установили, че при около 48 милиона американци, или 20 на сто от населението под възраст 65 години, липсва здравно осигуряване за цялата 1987 г. или за част от нея. (72)

По данни на Бюрото за преброяване на населението на САЩ, през 2016 г. приблизително 28,2 милиона души, живеещи в САЩ не притежават никаква форма на здравно застраховане. То са 8,8% от общото населението. През 2017 г. около 10% от населението под 65 години не са имали публично или частно здравно застраховане, това е значителен спад спрямо 17% през 2013 г. (107,131)

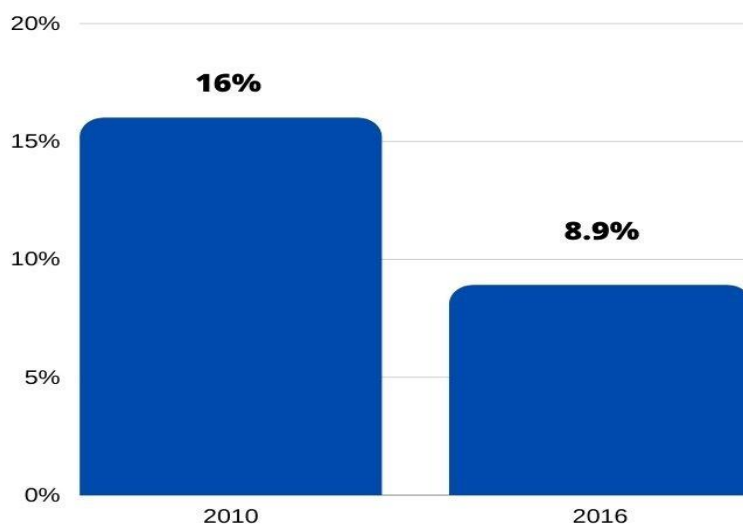
Честа причина за липсата на здравни застраховки е, че с някои изключения, като болничното покритие Medicare (Medicare Част А), здравеопазването в САЩ е лично с доброволен характер. Търсенето на застраховка, както и търсенето на даден продукт или услуга, зависи от възможността на потребителите и желанието да се плаща за него. Работодателите не поемат разходите за здравно осигуряване, а работниците са отделни потребители на застрахователния пазар, дори ако то е условно покрито от работодателите. (107)

#### 4.1.5. Промени в здравната система

През 2010 г. е приет Законът за защита на пациентите и достъпни грижи – обикновено наричан Закон за достъпни грижи и известен също като Обамасаре. Това е пръвата промяна на здравната система след създаването на системите Medicate и Medicare. (127,133-134)

С приемането на този закон се цели да се подобри достъпността и качеството на здравното осигуряване в САЩ. Разпоредбите му са предназначени да направят здравноосигурителното покритие широко достъпно за хората, които не могат да закупят индивидуално покритие до момента, поради наличието на определени здравословни проблеми.

Приемането на Законът рязко намалява броя на неосигурените американци. Както е посочено на Фиг. 1 процентът на хората без здравна застраховка е намалял от 16% през 2010 г. на 8,9% през 2016 г.(192)



Фиг. 1 Процент на населението на САЩ без здравни застраховки. По данни от [obamawhitehouse.archives](http://obamawhitehouse.archives) (192)

Законът за достъпни грижи включва основни разпоредби, предназначени да направят цялостното здравно покритие достъпно за американците, които не могат да си позволят закупуването на индивидуална здравна застраховка. (127,133,134) Основните разпоредби на закона са следните:

- *Държавно данъчно кредитиране* - основава се на доходите, имиграционния статус, възрастта и възможността за достъп до здравно покритие спонсорирано от правителството или спонсорирано от работодателя;
- *Субсидии за споделяне на разходи* – в допълнение към данъчните кредити, АСА също така предоставя субсидии за намаления на разходите за закупуване на здравен план, за лица отговарящи на определени критерии;
- *Разширяване на критериите за включване в програмата Medicaid;*
- *Въвежда се Правилото 80/20* – съотношение на медицински загуби - Законът установява съотношението на медицински загуби, чрез правилото 80/20 – което задължава застрахователните компании да повишат средствата за медицински грижи за притежателите на полици, за сметка от административните разходи;
- *Излизане от системата за получаване на здравно покритие по модела COBRA* - COBRA позволява на тези лица, които поради някаква причина са загубили достъпа до групово здравно покритие да го запазят същото покритие, което са имали на работното си място, но на много по-висока цена, тъй като той трябва да поеме пълната цена на плана – включително частта, която работодателят е плащал. Разпоредбите на закона гарантират, че тяхното ново покритие на индивидуалния пазар е толкова изчерпателно, колкото и груповото покритие

(например включването на покритие за майчинство – което не е част от повечето индивидуални пазарни планове преди 2014 г.);

- *Прозрачност при определяне на здравнозастрахователните премии* – изисква се актюерски преглед на всяко предложено увеличение на лихвите от 10% или повече (този праг оттогава се е увеличил до 15%) и подробностите трябва да бъдат публикувани, за да могат потребителите да се запознаят с тях;
- *Ограничаване на частните плащания от пациентите* – Съгласно закона трябва да се ограничи самоучастието на пациентите и здравните планове да поемат тези плащания;
- *По-достъпно покритие за малкия бизнес* - за да може предложеното покритие да бъде по-достъпно малките предприятия, които предоставят на служителите си здравно осигуряване, трябва да отговарят на условията за данъчен кредит.

АСА въвежда стандарти за застрахователно покритие, за да се намали риска застрахователите да дискриминират кандидатите за закупуване на застраховки или да им предложат по-високи планови премии на база на вече съществуващи заболявания, пол или възраст.

#### **4.1.6. Обобщение**

Американската система за финансиране на здравеопазването е съвкупност от различни източници. Повечето американци имат доброволни здравни застраховки благодарение на работодателя си, или посредством наемането на работа на член на семейството. Населението на САЩ, което не е обхванато от доброволна здравна застраховка е обхванато от правителствените програми Medicaid или Medicare, които претърпяват промени след приемането на АСА

На пазара съществуват множество различни видове доброволни здравни застраховки, като цената им се определя от различни рискове, като покрити рискове, възраст, здравен статус, индивидуална или групова застраховка и др.

Населението, което не притежава здравни застраховки няма ясни демографски характеристики. До голяма степен причините за липсата на здравна застраховка са свързани с личен избор и финансово състояние на индивида.

## **4.2. Европейските здравноосигурителни системи като финансиращи технологии. Допълнително здравно застраховане.**

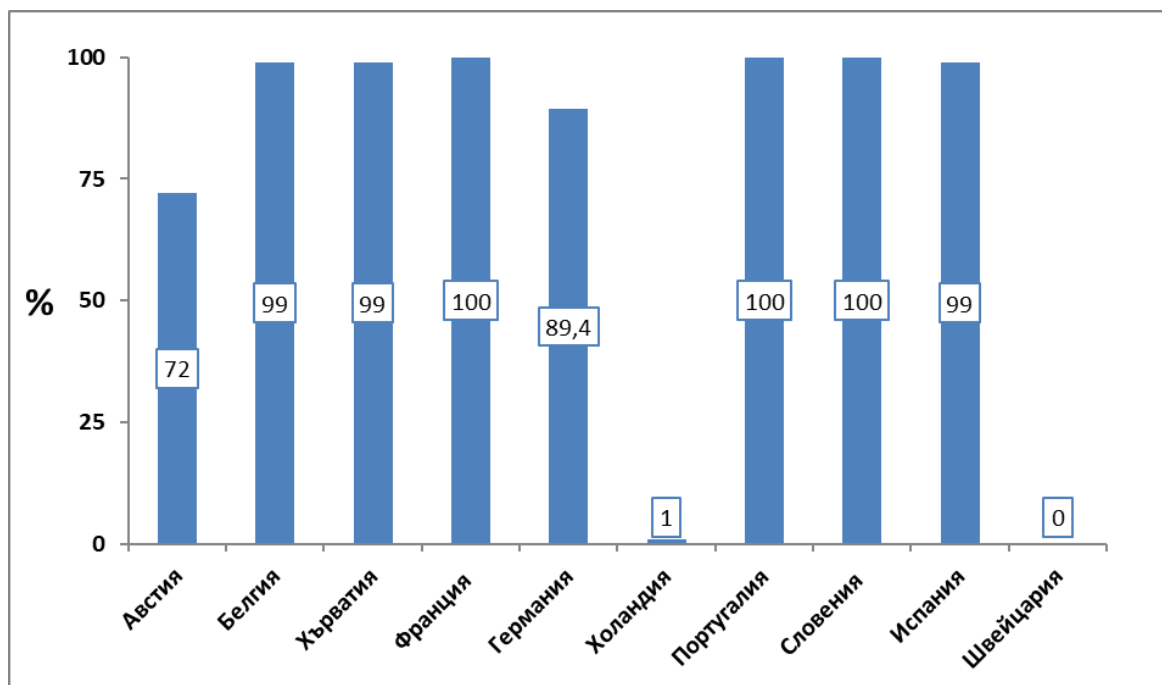
### ***4.2.1. Роля на доброволното здравно застраховане като финансираща система***

Доброволното здравно застраховане има допълваща роля във финансирането на здравните системи в различните Европейски държави. До известна степен това се дължи на отношението на населението към застраховането в исторически план. Начините на финансиране на здравните системи в Европейския съюз са идентични. Открояват се няколко страни със сравнително добре развита система за доброволно здравно застраховане, но като цяло, в повечето държави делът на доброволното здравно застраховане е относително малък.

Интерес представляват здравните системи на Австрия, Белгия, Хърватия, Франция, Германия, Холандия, Португалия, Словения, Испания и Швейцария. Здравната система на всяка от посочените страни е изградена така, че разполага с повече от един канал за финансиране. В Австрия (106), Белгия (97,98), Хърватия (128), Франция (100,120,), Германия (75), Португалия (100), Словения (101) и Испания (159) доминира задължителното здравно осигуряване, което се регулира от страна на държавата. Набирането на средства в държавния канал на

здравеопазването става посредством данъчни или здравноосигурителни вноски, които представляват определен процент от индивидуалния доход. В Швейцария (158) и Холандия (150) има задължително здравно застраховане като всеки жител на страната е задължен да закупи застраховка от частен застраховател, който определя индивидуално застрахователните премии.

По данни предоставени от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие и на Croatian health insurance fund е направено обобщение на покритието на населението с държавни здравни грижи (Фиг.2) (128)



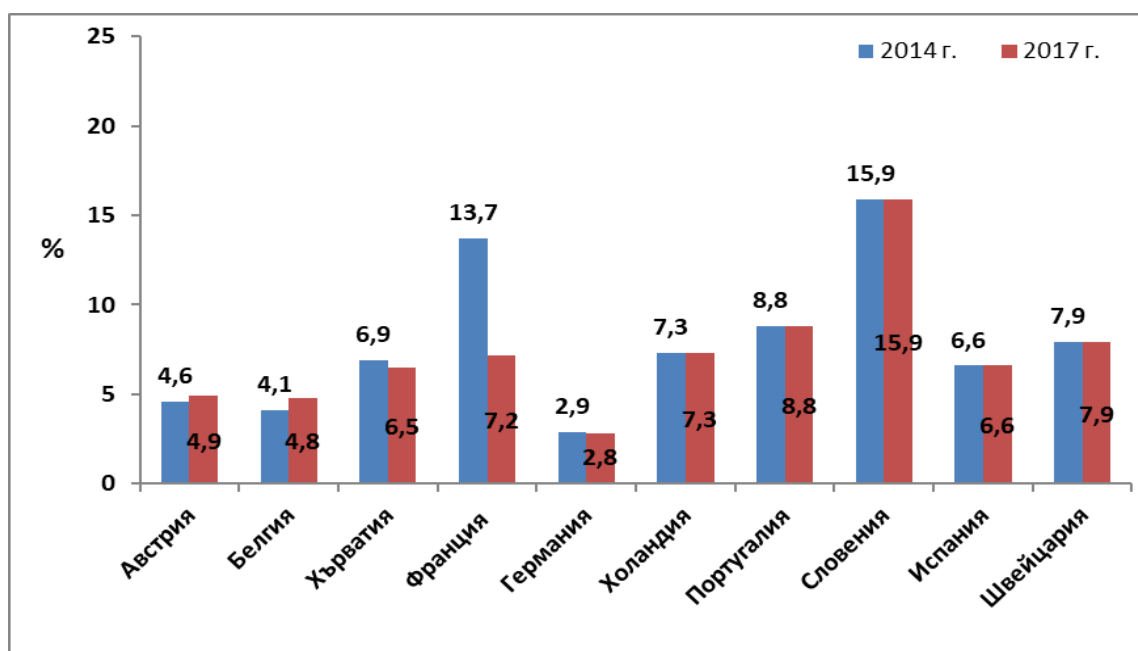
Фиг. 2 Покритие на задължителното здравно осигуряване, което се предоставя от държавата. По данни от OECD (137)

По данни от доклад на Световната здравна организация, в повечето от разглежданите държави доброволното здравно застраховане има допълваща роля, т.е. населението е покрито от задължителната здравноосигурителна система, но използва доброволната, за да може да разшири и улесни достъпа си до здравни грижи. В част от разглежданите страни доброволното здравно застраховане може да бъде използвано както успоредно, така и като основен план за получаване на здравни грижи (Австрия, Германия, Белгия и Хърватия). То приема т. нар. заместителна

роля за тези граждани, които се откажат от публично финансираните схеми. Най-често това са лица, които са самонаети или не отговарят на някой от критериите, за да бъдат включени в обществената здравноосигурителна система. В страни като Белгия, Холандия и Хърватия освен задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане съществува и задължително допълнително здравно застраховане, което се отнася за всички участници в основните здравни схеми. (62)

В Австрия, Франция, Германия, Холандия, Португалия, Словения, Испания и Швейцария (62) допълнителните здравни застраховки имат главно допълваща роля, като предлагат по-добър избор на здравни заведения чрез частни доставчици, по-бърз достъп до избираеми грижи в държавните болници или по-добро болнично настаняване. Чрез тях може да се осигури и достъп до услуги, които не са публично финансирани.

Според статистически данни от Organization for Economic Co-operation and Development (120) делът на доброволното здравно застраховане запазва относително устойчива тенденция спрямо общите разходи направени за здравеопазване. (Фиг. 3)



Фиг. 3 Дял на допълнителното здравно застраховане от общите разходи за здраве. По данни от OECD (138)

#### **4.2.2. Видове застрахователни планове**

Доброволните здравни застрахователни планове могат да различни обезщетения - такси за лекари, предоставящи частни амбулаторни грижи, допълнителни прегледи, избор на болница, лекар и по-добро болнично настаняване (например, двойна или единична стая, допълнителен избор на храна), дневни парични обезщетения за болничен престой. Въпреки, че е незаконно да се даде приоритет на пациенти с доброволни здравни застраховки, може да се каже че тези, които ги притежават получават по-бърз достъп до избираеми грижи в държавните болници. (62,70,73,121,128, 95-105)

Основното ниво на покритие, предлагано от доброволните здравни застраховки, е почти идентично с публично финансираните пакети. Обикновено то не се предлага самостоятелно, а към него се прибавят допълнителни покрития (специална офталмологична и дентална помощ, физиотерапия, домашни посещения, психотерапия или полагане на физиотерапевтични грижи в бланеокурорти). (62, 70, 73-75,95-105,121,128)

Във всички разглеждани държави се наблюдава голямо разнообразие на застрахователни планове, като към основното покритие може да бъдат избрани различни допълнения, които се отразяват пропорционално на цената на застраховката. (61,62,73,75,128)

Застрахователните планове могат да бъдат индивидуални или групови. Индивидуалните застраховки се сключват от индивида, като към тях могат да бъдат включени съпрузи и деца до 26 годишна възраст. Груповите застраховки най-често се сключват от работодателите като бонус към служителите им.

### 4.2.3. Потребители и доставчици на застрахователни планове

Основни потребители на доброволното здравно застраховане са хора в трудоспособна възраст, които имат средни или над средните доходи за страната. В повечето случаи те са обхванати от задължителната здравна програма, но със закупуването на доброволна здравна застраховка си гарантират по-добър, по-лесен и навременен достъп до здравни грижи и услуги. Възрастта и здравният статус имат определяща роля за цената на допълнителните здравни застраховки в разглежданите страни. (70)

По данни от доклад на Световната здравна организация може да се обобщи, че най-разпространената форма на застраховане е груповата. Това се дължи на факта, че при груповите здравни застраховки застрахователите могат да разпределят риска и с това да намалят цената на застраховката. Само в Австрия и Словения преобладават индивидуалните застраховки. (70,132,134,143,144,136,148) (Таблица 3).

Държава	Индивидуални застрахователни планове	Групови застрахователни планове
Австрия	√	
Белгия	√	√
Хърватия	√	√
Франция	√	√
Германия	√	√
Холандия	√	√
Португалия		√
Словения	√	
Испания	√	√
Швейцария	√	

Таблица 3. Разпространение на формите на допълнително здравно застраховане на населението.

Допълнителните здравни застраховки се предлагат по различни схеми в различните страни и зависят от законовата уредба на държавата. Най-често срещаните доставчици на доброволни застрахователни планове са частните застрахователни компании. В зависимост от държавното

законодателство към тези доставчици може да има частни или държавни здравноосигурителни фондове. (62) (Таблица 4)

<b>Държава</b>	<b>Доставчици на застрахователни планове</b>
<b>Австрия</b>	Частни застрахователни компании
<b>Белгия</b>	Частни застрахователни компании и взаимни здравноосигурителни фондове
<b>Хърватия</b>	Застрахователни компании и НЗОК. Наблюдава се негативна тенденция на пазара спрямо плановете предлагани от застрахователи, за сметка на тези предлагани от НЗОК. Така НЗОК доминира цялостно на здравнозастрахователния пазар.
<b>Франция</b>	Три групи застрахователни компании: взаимни, търговски и спестовни .
<b>Германия</b>	Частни застрахователни компании и Държавни здравноосигурителни фондове
<b>Холандия</b>	Частни застрахователни компании, като схемата на задължително здравно осигуряване (ЗЗО) забранява на осигурените лица да имат ЗЗО и допълваща застраховка от едно и също дружество.
<b>Португалия</b>	Частни застрахователни компании
<b>Словения</b>	Публично-частни застрахователни компании
<b>Испания</b>	Частни застрахователни компании
<b>Швейцария</b>	Частни застрахователни компании

Таблица 4. Доставчици на застрахователни планове.

#### **4.2.4. Привлекателност на застрахователните планове за потребителите**

Най-честата причина за закупуването на допълнителни здравно застрахователни планове от потребителите е свързана с допълнителното им покритие, разширяващо задължителните им планове и възстановяването на таксите, които са регламентирани по тях. Друга

съществена причина, която предизвиква интереса на потребителите е свързана със съкращаване на времето за чакане за получаване на здравни грижи и осигуряването на по-добри болнични условия – избор на лекуващ лекар, съкращаване на времето за чакане за планови операции. Застрахователите предоставят тази възможност чрез специални договорености с доставчиците на лекарски услуги и това значително намалява времевия диапазон между възникване на нуждата от лекарска услуга и получаването ѝ. (62,95-105)

Този тип застраховки се използват предимно за уреждане на плащания за болнични такси, за осигуряване на парични обезщетения по време на болничния престой, за възстановяване на средства, заплатени за лекарски услуги, за дентални процедури, за балнеолечение и за възстановяване на разходи направени за закупуването на лекарства. (62,95-105)

За настоящото сравнение интерес представляват здравните системи на Австрия, Белгия, Хърватия, Франция, Германия, Холандия, Португалия, Словения, Испания и Швейцария. Организацията на допълнителното здравно застраховане като финансираща система е изградено индивидуално за всяка страна и зависи от законодателството ѝ.

#### ***4.2.5. Отношения между доставчици на здравни грижи и застрахователи***

Според Световната здравна организация (62) отношенията между застрахователните компании предлагащи доброволни здравни застраховки и доставчиците на здравни грижи в страни като Австрия, Хърватия, Франция, Германия, Португалия, Словения и Швейцария са базирани на специални договорености. Тези договори регулират цените на здравните услуги, които получават пациентите.

Съществуват два начина на плащане от страна на застрахователите към доставчиците. Първият е *безкасов*, като заплащането става директно от

застрахователната компания към болницата, лекаря и здравния център извършил услугата. Единствено в Австрия, Белгия, Хърватия и Португалия съществува възможност за безкасово заплащане за получено болнично лечение. Само в Португалия е възможно безкасово разплащане за оказани извънболнични здравни услуги.(62,108) Вторият начин за заплащане към доставчиците на здравни грижи е т.нар. *възстановителен*. При него пациентите заплащат сами за получените здравни грижи и услуги, а след това предявяват претенция към застрахователната компания (59). Застрахователите изплащат на застрахованите парично обезщетение в цял или редуциран размер, съгласно условията, които са заложили в застрахователните им планове. Прави впечатление, че във всички разглеждани държави вторият вариант е по-предпочитан.

С цел оптимизиране на средствата, които заплащат към доставчиците на здравни услуги, някои застрахователи създават собствени здравни центрове. Това се наблюдава в страни като Австрия, Белгия, Хърватия и Португалия. Застрахованите не са задължени да посещават тези здравни заведения, но са насочвани от застрахователите с приоритет към тях.

#### ***4.2.6. Публична политика, насочена към доброволно здравно застраховане***

По данни на Европейската комисия (ЕК) интересите на притежателите на доброволни здравни застраховки са най-добре защитени чрез насърчаване на принципите на свободния пазар. В публикация на ЕК се казва, че конкуренцията насърчава предприемачеството и ефективността, създава по-широк избор за потребителите и спомага за намаляване на цените и подобряване на качеството“(122) Въпреки това, няма доказателства, че очакваните ползи от конкуренцията са налице, тъй като премиите за доброволно здравно застраховане са нараснали във времето, а не са се понижали.(86)

Свободният пазар и регулирането му са два противоположни процеса. (65). Конкуренцията не изключва възможности за нейната регулация, защото така могат да се подобрят условията, при които тя се извършва. Въвеждането на определени правила създава възможности за по-голяма прозрачност и улеснява потребителите да контролират по-добре пазара. Основна пречка за ефективна регулация е затрудненото комуникиране между застрахователите и правителството. (118)

Интерес предизвиква регулирането на здравното застраховане в Белгия. Застрахователите:

1) са длъжни да предлагат доживотно покритие и не могат да го отказват на хора под 65 години с увреждане или хронично заболяване. Въпреки това, те могат да откажат покритие на разходите, свързани със съществуващите заболявания или да ограничат покритието до законово фиксирана ставка;

2) са ограничени при промяна на условията по полиците (премии и ползи);

3) не могат да се позовават на неволно укриване на съществуващо предишно заболяване, ако то не е диагностицирано в рамките на две години преди сключване на застраховката. (62)

Всички застрахователи, предлагащи здравно застраховане в Хърватия, трябва да бъдат одобрени от Министерството на здравеопазването и се контролират от Хърватския надзорен орган за финансови услуги.(62)

Във Франция взаимните и спестовните институции се регулират от Отдел по социална сигурност в рамките на Министерството на здравеопазването, докато търговските застрахователи са обект на регулация на Министерството на икономиката и финансите. Трите вида компании, предлагащи доброволни здравни застраховки са предмет на контрол от страна на Надзорен орган за благоразумие и решения (Autorite

de controle prudentiel et de resolution). (62,65) Нарастващата роля на здравното застраховане във финансирането на френското здравеопазване увеличава значението на застрахователите в управлението на системата. През 2004 г. е създаден Национален съвет на здравните застрахователи, който провежда консултации преди включването на нови продукти в публично финансираня пакет. Той е част и от Комисията за ценообразуване за публично финансирани лекарства и медицински изделия и участва в преговорите за национални споразумения с медицинските специалисти.

Регулирането на пазара на здравното застраховане в Германия претърпява важни промени през 2009 г, когато се въвеждат универсални права за всички, които са извън задължителното здравно осигуряване. Това води до редица нови законодателни актове, регулиращи здравното застраховане. За да се подобри достъпът до здравни грижи, здравните застрахователи трябва да приемат всички кандидати, които поради някаква причина са отпаднали от задължителната схема на здравно осигуряване, като предложат основни полици със стандартизиран пакет покрития и определен таван на премията. (75)

Регулирането на допълнителното здравно застраховане в Холандия, Австрия, Португалия, Словения и Испания се ограничава до стандартното регулиране на застрахователния пазар, включващи изисквания за платежоспособност и отчетност, анти-картелно регулиране и гарантиране на безопасността на пациентите. Впечатление прави наличието на данъчни облекчения за притежателите на доброволни здравни застраховки в Португалия и Испания. (62)

В Швейцария пазарът на доброволното здравно застраховане не е обект на голямо регулиране, въпреки че контролът върху ценообразуването и резервите е подсилен. Не съществуват данъчни облекчения за притежателите на доброволни здравни застраховки. Наблюдава се тенденция задължителното покритие да се разширява за

сметка на доброволното. Така например, с направената реформа в здравеопазването от 2012 г. се въвежда избор на болница като част от задължителната застраховка, което е една от основните причини за закупуване на доброволни здравни застраховки. Намерението на тази реформа е да се насърчи конкуренцията между болниците и да се въведе промяна във финансирането на болничната помощ. Това само по себе си може да доведе до стагнация или дори до свиване на пазара на доброволното здравно застраховане.(62,191)

#### ***4.2.7. Дебати и предизвикателства***

Няколко основни теми, свързани с доброволното здравно застраховане се обсъждат в разглежданите страни.

- В страни с добре развита публично финансирана здравна система, която осигурява голямо покритие има пациенти, които закупуват допълнителни здравни застраховки, защото се страхуват, че може да им се наложи да използват допълнителни здравни грижи и услуги. В Австрия, Хърватия и Германия е обсъждано премахване или силно ограничаване на доброволното здравно застраховане, тъй като е считано за пречка за равния достъп на пациентите до здравни услуги. Тези дебати са породени от приоритетното лечение на притежателите на доброволни здравни застраховки, с което се нарушават дългите списъци с чакащи. Намеренията за ограничаване на доброволното здравно застраховане като своеобразно отваряне на вратите за лечение не се увенчават с особен успех. Пример за това са Хърватия и Германия, където доброволните здравни застраховки предлагани от частни застрахователи се използват като финансиращи технологии за доставчиците на здравни услуги.( 62)

- Неравнопоставеността между частните застрахователни компании и фондовете е втората основна причина за обществени обсъждания. Белгия е типичен пример за това. През 2010 г., асоциацията на

застрахователите в Белгия (Assuralia) подава жалба до Европейската Комисия (ЕО), свързана с разликите в лечението на клиентите на застрахователите и на фондовете. (87) Това оплакване довежда до промяна в законодателството, което изисква допълващите планове, продавани от здравните фондове да бъдат задължителни за всички техни членове. Наложено е новосъздадените взаимни фондове и частните застрахователи да бъдат обект на едни и същи правила, за да се изравни конкуренцията помежду им. (62)

- Ролята на здравното застраховане в осигуряването на устойчивост на текущата система на Франция е обект на нарастващ дебат. Въпреки политиките за разширяване на здравнозастрахователното покритие и премия, освобождаване от данъци за застрахователите и значителни субсидии за домакинства, неравенствата в достъпа до здравни грижи и услуги и нивата на покритие остават. (62,66) Разширяването на покритията на задължителния пакет води до нарастване на потребителските такси, които в последствие се покриват от доброволното здравно застраховане. По този начин се разширява ролята на здравното застраховане в здравното финансиране. Неравенството се изразява и в различната достъпност на някои групи от населението (безработни и пенсионери) до допълнителни здравни застраховки, защото те не могат да се възползват от благоприятните премии и условия, свързани с груповите полици.

Доброволното здравно застраховане в Португалия, Холандия, Словения, Испания и Швейцария не привлича много общественото внимание, тъй като играе незначителна роля във финансирането на здравеопазването.

#### ***4.2.8. Бъдещо развитие на доброволното здравно застраховане***

Бъдещето на доброволното здравно застраховане в разглежданите страни е различно и зависи от различни параметри, които са специфични за всяка една от тях. По данни на The Organisation for Economic Co-operation and Development се наблюдава постоянен ръст на разходите за здравеопазване, направени от доброволното здравно застраховане. Въпреки наблюдавания лек спад във Франция, Германия, Холандия и Швейцария (таблица 5) и малкия си дял в общите разходи за здравеопазване, доброволното здравно застраховане се запазва като единна устойчива технология за финансиране на здравните системи. (138)

Дял в процентно съотношение на доброволното здравно застраховане от всички разходи за здраве										
Година	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Държава</b>										
<a href="#">Австрия</a>	6.8	6.6	6.6	6.8	6.9	6.9	6.8	6.8	7.0	7.1
<a href="#">Белгия</a>	4.0	4.2	4.1	4.2	4.3	4.7	4.7	4.8	4.9	5.0
<a href="#">Франция</a>	13.5	13.8	13.8	13.8	13.7	13.7	7.4	7.2	7.2	7.0
<a href="#">Германия</a>	3.0	3.0	3.0	3.0	2.9	2.9	2.8	2.8	2.8	2.7
<a href="#">Холандия</a>	7.5	7.9	7.8	7.3	7.3	7.3	7.6	7.3	7.1	6.8
<a href="#">Португалия</a>	8.7	8.8	9.1	8.9	8.9	8.7	8.9	8.9	8.9	8.6
<a href="#">Словения</a>	13.9	14.4	15.6	16.2	15.9	15.7	15.3	15.9	15.2	15.6
<a href="#">Испания</a>	5.3	6.1	6.1	6.2	6.6	6.4	6.5	6.6	7.5	7.6
<a href="#">Швейцария</a>	9.5	9.5	8.0	7.9	7.9	7.9	8.0	7.9	7.8	7.9

Таблица 5 Дял на доброволното здравно застраховане от всички разходи за здравеопазване.

Всяка една от разглежданите страни има собствена стратегия за бъдещо развитие на доброволното здравно застраховане. В Австрия реформата в здравеопазването от 2013 г. поставя по-голям акцент върху мониторинг на бюджета, което може да ограничи способността на публично финансираното здравеопазване да предложи допълнителни ползи за здравето. Застаряването на населението, повишаването на

разходите за здравеопазване (включително нарастващите разходи за дългосрочни грижи) могат да проправят път на застраховането, защото хората се страхуват от намаляването на качеството на здравните услуги. Създават се предпоставки за увеличаване на значението на допълнителното здравното застраховане като финансираща структура на здравната система.( 62)

Доброволното здравно застраховане разширява своята роля във финансирането на здравната система на Белгия и се стимулира пряко от държавата. Ключово предизвикателство пред нея е да се запази принципът на солидарност между бедни и богати, здрави и болни и да се избегнат ограниченията, които осигуряват достъп до здравни грижи. (62,97-98)

Опитите да се стимулира развитието на доброволното здравно застраховане досега получават негативно отношение от страна на обществото в Хърватия. В случай, че икономическата ситуация принуди правителството да ограничи обхвата на пакета, предлаган от Националния здравноосигурителен фонд на Хърватия, пазарът на здравното застраховане ще претърпи положително развитие. (62,99)

Нарастващата роля на доброволното здравно застраховане в системата на здравеопазване на Франция се дължи от една страна на исторически установеното ѝ значение като допълващ източник за финансиране на здравеопазването и от друга, на по-новите фискални ограничения в рамките на схемата за задължително здравеопазване. Независимо от мерките, въведени за повишаване на ефективността на схемата за задължително здравно осигуряване, делът на разходите за здравеопазване, направени чрез доброволното здравното застраховане непрекъснато нараства. (62,101)

В Германия съществуват съмнения в обществото, дали отказването от задължителната схема на здравно осигуряване е дългосрочна разумна възможност. Частните застрахователни компании се очаква да получат по-голям набор от инструменти за управление на предлаганите услуги и

разходите по тях. В резултат на това притежателите на здравни застраховки могат да загубят своето преференциално третиране от страна на доставчиците на здравни услуги, а това от своя страна ще доведе до намаляване на продажбите на доброволна здравна застраховка. Така изразените политически нагласи в Германия не предвещават развитие на здравно застрахователния пазар. (62,75)

Характеристиките на системата за доброволно здравно застраховане в Германия отчасти произтичат от конкуренцията и успоредното ѝ функциониране с държавната система. Тъй като покритието на държавно финансираната система е широко застъпено, тя определя това, което хората очакват от всеки вид здравно осигуряване. Социалното осигуряване е от голямо значение в Германия като надеждността на системата се гарантира чрез правителствени мерки. Законодателят позволява системата на доброволното здравно застраховане да съществува като алтернатива на задължителната здравноосигурителна система. (62,75)

Разширяването на пазара на допълващото здравно застраховане в Холандия е силно зависимо от развитието на пазара на задължителното здравно осигуряване, по-специално по отношение на обхвата му. Ролята на здравното застраховане може да се увеличи в отговор на същественото преразглеждане на публично финансирани доживотни грижи. Като цяло бъдещето на доброволното здравното застраховане е зависимо от обхвата на задължителната система на здравно осигуряване. (62)

Намаляването на покритията в публичния и частния сектор в Португалия е насочено към насърчаване на тяхната финансова устойчивост и стимулиране на по-голямо търсене на доброволни здравни застраховки. (62,104)

Здравното застраховане в Словения предоставя на домакинствата сигурност, чрез покриване на всички такси за здравни услуги. Въпреки необходимостта от някои реформи, трябва да се подчертаят положителните аспекти на ролята здравното застраховане. (62,106)

Промените на обществено финансираня пакет в Испания позволяват на застрахователите да предложат по-атрактивни продукти, осигуряващи достъп до по-високо качеството на здравните грижи (допълваща роля) или към някои видове грижа, изключени от публичното покритие (допълваща роля).( 62)

Значението на доброволното здравно застраховане в Швейцария постоянно намалява с течение на времето, особено след реформата на здравната система през 2012 година. Въпреки това, предложеното на референдум създаване на единна, контролирана от държавата система на задължителна застраховка, е отхвърлено от участниците през септември 2014 година.(63)

## **5. Здравноосигурителни системи в България**

### **5.1. Исторически преглед. Здравното осигуряване в България преди 1951, от 1951 до 1990, промени в доброволното здравно застраховане от 07.08.2012**

#### *Здравно осигуряване преди 1951 г.*

Историята на здравното осигуряване в България започва с въвеждането на Закон за задължителното здравно осигуряване през 1924 г., който съществува до 1951 г. Чрез него се въвежда задължително осигуряване на всички работници и служещи в държавни и частни предприятия и организации за рисковете злополука, болест, майчинство, инвалидност и старост. Предоставената медицинска помощ е за сметка на Фонд за обществени осигуровки. Приходите във фонда се разделят между държавата и работодателите от една страна и работниците от друга, в съотношение, съответно 2/3 за държавата и работодателите и 1/3 за работещите. Всички осигурени имат право на свободен избор на лекар. (15)

### *Здравно осигуряване от 1951 г. до 1990 г.*

В периода между 1948 г. и 1949 г. се осъществяват радикални промени в здравеопазването. Здравното осигуряване се замества от държавна здравна система, която се финансира от общи данъчни постъпления. През периода 1951 г. – 1990 г. у нас не съществува здравно осигуряване.

### *Здравно осигуряване след 1990 г.*

Здравното осигуряване се възстановява с влизането в сила на Закон за здравното осигуряване от 1998 г. То се използва като средство за социална здравна защита на населението с гарантиран пакет здравни услуги. Представлява дейност по набиране на здравноосигурителни вноски и премии, управление на набраните средства и тяхното разходване за заплащане на дейности, услуги и стоки, предвидени в Закона за здравното осигуряване, в националните рамкови договори (НРД) и здравноосигурителните договори. (3,7,8,14)

Приетият закон урежда както задължителното здравно осигуряване, така и доброволното здравно застраховане. Той дава рамки на система, използваща основите на модела „Бисмарк“, която гарантира на осигурените лица както достъп до медицински грижи, така и избор на изпълнител на тези здравни услуги. (3,8,14) Въведен е и универсален модел за защита. Носител на това осигуряване е Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Институционално здравното осигуряване в България е изградено извън останалата публична система, което обуславя значителните проблеми на тази публична здравноосигурителна система. (7,14)

## **5.2. Задължително здравно осигуряване – устройство**

Законът за здравно осигуряване регламентира задължителното участие на всички граждани в страната в единна система изградена на принципа на солидарността. Чрез задължителността се гарантира събираемостта на здравноосигурителните вноски.(26)

Задължителното здравно осигуряване предоставя основен пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Също така Националната здравноосигурителна каса и нейните териториални подразделения са отговорни и за управлението на финансите използвани за заплащане на здравните дейности.(26)

### ***Национална здравноосигурителна каса***

Създаването на НЗОК се регламентира от Закона за здравно осигуряване. Основната задача и функция на касата е управлението на финансите, набрани от вноските за здравни осигуровки и тяхното изразходване за закупуване на здравни услуги на осигурените лица. Това е независима организация за разплащания в рамките на определен бюджет, който се приема ежегодно с участието на представители на работодателите, синдикатите и правителството. (8,14)

Бюджетът на НЗОК е отделен от държавния бюджет и е основният финансов план за набиране и разходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване. Работодателят или държавното ведомство правят здравноосигурителни вноски, които се разпределят между тях и осигурения в съотношение 60:40 за годините след 2008 г. включително. (7,14,18-25) За годините от 2000 до 2007 вноските са били в по-голяма тежест за работодателя – както следва: 2000 г. и 2001 г. - 80:20; 2002 г. - 2004 г. - 75:25; 2005 г. - 70:30; 2006 г. и 2007 г. - 65:35.(174)

НЗОК гарантира чрез бюджета си основен пакет от здравни дейности, който получават лицата, осигурени в задължителната система. Задача на

НЗОК е да оценява и сравнява показателите за здравни услуги със стандартни протоколи, които отразяват добрата медицинска практика.

НЗОК се състои от Централно управление - със седалище в София, и районни структури във всеки от 28-те областни центрове на България.

Задача на НЗОК е да оценява и сравнява показателите за здравни услуги със стандартни протоколи, който отразяват добрата медицинска практика. Основната ѝ цел е да осигурява и гарантира свободен и равнопоставен достъп на осигурените лица до медицинска помощ - чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса.

#### ***Групи осигурени лица***

Различават се три основни групи осигурени лица в зависимост от участието в заплащането на осигурителните вноски. (3,8,26,75)

В първата група са лица, които работят по трудово правоотношение и са задължени да участват в набирането на осигурителни вноски заедно с работодателите си.

Втората група е съставена от лица с извънтрудови правоотношения или самоосигуряващи се лица, които са задължени сами да плащат вноската си.

Най-голяма е третата група, която включва лица, които не участват в набирането на осигурителните вноски. Тук влизат всички малолетни и непълнолетни, социално слаби, безработни, които не получават обезщетения, пенсионери, лица със статут на бежанци и много други. Покритието на техните осигурителни вноски се поема от държавата и от общинските бюджети.

#### ***Национален рамков договор***

НЗОК покрива оказването на първична извънболнична медицинска помощ, изпълнителите на която са лечебни заведения за извънболнична

помощ. Покрива се и болнична помощ, включваща клинични пътеки, медицински изделия и високоспециализирани медицински дейности. Задължителното здравно осигуряване поема и покритието на дейности за долекуване, продължително лечение и медицинска рехабилитация. (3,8,18-25,115)

Законът за здравното осигуряване регламентира подписването на Национален рамков договор (НРД) между НЗОК и Българския лекарски съюз за медицински дейности и с Български зъболекарски съюз за дейностите по дентална медицина. НРД се преподписва и от министъра на здравеопазването. Предмет на НРД са уреждането на правата и задълженията на НЗОК, Българския лекарски съюз и Българския зъболекарски съюз. Уреждат се правата и задълженията на изпълнителите на извънболнична и болнична помощ, както и правата на здравноосигурените лица. (26,37-44)

Националният рамков договор е регулатор на отношенията между финансиращия орган (НЗОК) и изпълнителя на здравни услуги. Той има нормативен характер, защото урежда не само взаимоотношенията на участващите в сключването му, но и на трети лица – осигурените лица. (14)

Подразделенията на НЗОК – Регионалните здравноосигурителни каси, сключват договори с доставчиците на извънболнична помощ (с общопрактикуващите лекари) като заплащането е основно на брой регистрирани пациенти в практиката с разпределение по възраст. Тук се включва заплащане за:

1) здравноосигуреното лице, което е регистрирано при изпълнител на първична извънболнична медицинска помощ;

2) за изпълнение на дейности по управление на здравните приоритети, договорени в НР;

3) за времето на разположение и за оказване на неотложна и спешна медицинска помощ в извънработно време;

4) неблагоприятни условия на труд. (80)

НЗОК и нейните подразделения извършват контрол върху изпълнението на договорите, сключени с изпълнителите на здравни грижи. Този контрол се извършва във финансов и медицински аспект, съгласно правилата за добра медицинска практика.

Правилата за добра медицинска практика са част от НРД и се основават на основни елементи като количество, качество, своевременност и достатъчност на договорената медицинска помощ. (14,37-44) Оценката се основава на общоприети стандарти, които са застъпени в НРД и обхващат целия диапазон по договорения пакет здравни услуги.

#### ***Видове медицинска помощ заплащана от НЗОК***

Националната здравноосигурителна каса заплаща оказването на различни видове медицинска помощ (18-22,114-116) - медицински и дентални дейности за превенция на заболяванията; дейности за ранно откриване на заболявания; извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение на заболяване; долекуване, продължително лечение и медицинска рехабилитация; неотложна медицинска помощ; медицински грижи при бременност, раждане и майчинство; профилактични прегледи, изследвания и акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени, независимо от начина на раждане, които са определени с наредба на Министъра на здравеопазването; аборти по медицински показания и при бременност от изнасилване; дентална помощ по условията на НРД; медицински грижи при лечение в дома; предписване и отпускане на разрешени за употреба лекарства, предназначени за домашно лечение на територията на страната; 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; медицинска експертиза на трудоспособността; транспортни услуги по медицински показания; достъп до здравни дейности, включени в национални, регионални и общински здравни програми.

### ***Наредби, уреждащи изпълнението на основния пакет дейности***

Медицинската помощ, с изключение на тази отнасяща се до изписването на лекарствени средства и участието в здравни програми, се определя като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК. Използването на този пакет се регламентира с Наредба на Министъра на здравеопазването (Наредба № 40 от 2004г., Наредба № 11 от 2015 г., Наредба 2 от 2016 г., Наредба 3 от 2018 г. и Наредба 9 от 2019 г.), която урежда и критериите за определяне на заболяванията, за чието домашно лечение НЗОК заплаща напълно или частично лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели. (18-25,37-44,114-116) Списъкът на тези заболявания се определя с решение на Надзорния съвет на НЗОК и се обнародва в „Държавен вестник“. Всички промени в този списък, които предвиждат увеличаване на разходите на НЗОК за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, не трябва да влизат в сила по-рано от изменението на Закона за бюджета на НЗОК за съответната година или от влизането в сила на Закона за бюджета на НЗОК за следващата бюджетна година.

Условията и редът за заплащане на лекарствени продукти и медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели се определят с наредба (Наредба № 38 от 2004 г. и Наредба № 10 от 2009 г.), издадена от Министъра на здравеопазването, по предложение на Надзорния съвет на НЗОК. За реимбурсираните лекарствени продукти НЗОК и притежателите на разрешение за употреба или техни упълномощени представители ежегодно провеждат задължително централизирано договаряне на отстъпки при условия, ред и критерии, определени със съответната наредба на Министъра на здравеопазването, отнасяща се до лекарствените продукти. Същата наредба определя и начина на разпределение на договорената отстъпка между НЗОК и здравноосигурените лица. При продажба на такива лекарствени продукти,

аптеките, сключили договор с НЗОК, нямат право да начисляват разликата, която се заплаща от НЗОК, върху цената доплащана от крайния потребител. (25,115)

Необходимо е да се отбележи, че договорените лекарствени отстъпки за дадена година не могат да бъдат по-високи от предходната година, а лечебните заведения не трябва да закупуват лекарствените продукти на цени по-високи от посочените в съответната наредба.

### **5.3. Доброволно здравно застраховане**

#### *Регламентиране*

След 07.08.2012 г. доброволното здравно застраховане се регламентира със Закона за здравното осигуряване и от Кодекса за застраховането. То се възприема като един от стълбовете на общата здравноосигурителна система. (52) Въпреки, че не заема значителна роля във финансирането му, здравното застраховане има сериозен потенциал да се разгърне.

#### *Същност*

Доброволното здравно застраховане 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. От началото на август 2012 г. дейност по доброволно здравно застраховане може да осъществяват само застрахователните акционерни дружества, лицензирани в Комисията за финансов надзор по видовете застраховки по т. 2 или по т. 1 и 2 от раздел II, буква „А“ на приложение № 1 към Кодекса за застраховането.(29) Днес дружествата, които притежават лиценз са тридесет и три. Процедурата по регистриране на фондове за доброволно здравно застраховане започва през 2001 г., когато първите две дружества получават лиценза си. Техният брой остава непроменен до 2003 г. След изменения в Закона за здравното осигуряване се намалява

изискваният начален капитал за регистрация и броят на дружествата, получили лиценз се увеличава на петнадесет до 2005 г., а след това на двадесет до 2008 г.(113)

Дружествата, които извършват доброволно здравно застраховане имат за задача да удовлетворят широка гама от здравни потребности, които са останали извън покритието на другите форми на здравно осигуряване. Услугите, които те предлагат на осигурените лица са висококачествени, с приемлива цена и с минимален разход на време. (3,8,14,52) Работата във висококонкурентна сфера създава предпоставки за постоянен стремеж за повишаване на качеството на предлагания пакет здравни услуги.

#### ***Начин на осъществяване***

Доброволното здравно застраховане може да бъде осъществено по два механизма. При единия физическото лице само сключва договор с избрано от него застрахователно дружество, а при другия работодателят осигурява своите работници, като поема разходите.(15,16)

Здравноосигурителните дружества (след август 2012 г. терминът се променя на здравнозастрахователни дружества) са иновативни формирания за пазара в България. Те се разглеждат като стратегически важен ресурс за здравна протекция на населението. Тяхната мисия е да обхващат широк кръг от медико-социални, хумано-етични и икономически аспекти, които да предоставят не само на застрахованите лица, но и на техните семейства и на професионалната общност, към която принадлежат. (29,113) Тези дружества са от особено значение и имат голяма роля за здравното превъзпитаване на населението и вменияването на нови и съвременни здравни ценности в обществото. Дружествата, упражняващи допълнително здравно застраховане са с нестопанска цел и са насочени към удовлетворяване на приоритетни здравни потребности, които са с висока значимост за големи слоеве от нацията. (52)

Комисията за финансов надзор е основният орган, който осъществява държавния надзор върху дейността на доброволното здравно застраховане.  
(29,113)

За целите на настоящата разработка е направен анализ на задължителното здравно осигуряване и доброволно здравно застраховане, като е подчертана ролята на доброволното здравно застраховане като съфинансираща система на здравеопазването.

## ГЛАВА ВТОРА

### ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОД И ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО

#### 1. Цел

Целта на докторската работа е да се извърши сравнителен анализ и оценка на обхвата, обема и финансовото покритие на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България чрез изследване на ролята на доброволното здравно застраховане, като финансираща система на здравеопазването и проучване на осведомеността на потребителите за възможностите на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане.

#### 2. Задачи

За изпълнението на поставената цел е необходимо да се решат следните задачи:

1. Анализ на обхвата на задължителното здравно осигуряване и допълнителното здравно застраховане и механизмите им за финансиране;
2. Анализ на обема на задължителното здравно осигуряване и допълнителното здравно застраховане;
3. Анализ на финансовите планове на доброволното здравно застраховане;
4. Проучване на потребителските предпочитания.

#### 3. Методи

Методите използвани по време на проучването са следните:

1. Документален метод: разглеждане и интерпретиране на нормативни актове, литературни източници и общи условия на застрахователни компании.
2. SWOT – анализ: отразяване на силните и слабите страни на здравното осигуряване в България.

3. Дескриптивно-статистически метод – за обработка на наличните по темата бази данни и резултатите от собствените проучвания.
4. Графичен метод – съставяне на таблици и графики.

#### **4. Обект на проучването**

Обект на проучването е здравноосигурителната система в България и нейната ролята в здравната политика за периода от 2013 г. до 2020 г. и доброволното здравно застраховане като съфинансираща система на здравеопазването.

## **ГЛАВА ТРЕТА**

### **РЕЗУЛТАТИ**

#### **1. Сравнителен анализ на обема на предлаганите покрития от задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България за периода 2013 г. – 2020 г.**

Здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии. То отговаря за управлението на набраните средства и тяхното разпределение за закупуване на здравни дейности, услуги и заплащане на стоки.

Под понятието покритие се разбира здравните услуги, за които здравноосигуреното лице заплаща и ще получи при нужда. Съответно при задължителното здравно осигуряване това е основния пакет от медицински услуги, гарантирани от бюджета на НЗОК, а при доброволното това са различните пакети със здравни услуги, които предлагат застрахователните компании.

##### **1.1. Обем на покритието на задължителното здравно осигуряване**

В България в задължителното здравно осигуряване участват всички граждани на страната. Размерът на здравноосигурителните вноски се определя със закон, а отговорна за събирането им е Националната агенция по приходите. Управлението и разпределението на събраните средства се осъществява от Националната здравноосигурителна каса и от нейните териториални поделения - районните здравноосигурителни каси. Тази дейност на НЗОК става посредством сключването на Национален рамков договор с Българския лекарски съюз и Българския зъболекарски съюз.

Националният рамков договор създава условия за гарантиране и упражняване на правата на здравноосигурените лица. Според записаното в него, всички те имат равни права и достъп при получаване на извънболнична и болнична медицинска помощ независимо от тяхната раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние. Заедно с правата всички здравноосигурени лица имат и задължения съгласно действащото законодателство в страната. (160-167)

От същите права и задължения могат да се възползват и лицата, осигурени в друга държава – членка на Европейския съюз, държава от Европейското икономическо пространство и Конфедерация Швейцария, както и лицата, спрямо които се прилагат международни спогодби за социално осигуряване, по които Република България е страна. (160-167)

Националната здравноосигурителна каса е натоварена със задачата да следи дали се спазват правата на здравноосигурените лица от страна на изпълнителите на медицинска помощ. Това става посредством специална документация, приемане разглеждане и изготвяне на мотивиран отговор на жалби, подадени от граждани. НЗОК е натоварена да съблюдава за изпълнението на договорите и да осъществява контрол над изпълнителите на медицинска помощ. (17,30-36)

Задължителното здравно осигуряване предоставя основен пакет от здравни дейности на осигурените лица, гарантиран от бюджета на НЗОК. Този пакет има за цел да удовлетвори основните нужди, както от медицинска, така и от дентална помощ. В него се включват първичната извънболнична медицинска помощ, специализирана извънболнична помощ, болнична помощ, високоспециализирани медицински дейности, клинични процедури и комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение (Фиг. 4). Всичко това е подробно разписано в Националния

рамков договор, в Наредба на министърна на здравеопазването и Закона за здравното осигуряване. (26,30-36)



Фиг. 4 Основни покрития предлагано от НЗОК

#### 1.1.1. Основен пакет извънболнична помощ

Основният пакет извънболнична медицинска помощ се разделя на два клона – първичната извънболнична медицинска помощ и специализирана извънболнична помощ.

#### Първична извънболнична помощ

Към покритията на първичната извънболнична помощ спадат здравно-информационни дейности, имащи за цел на разяснят и запознаят пациентите с лечебното заведение, неговя промотивен, превантивен, профилактичен, диагностично-лечебен и рехабилитационен пакет, както и със самите права и задължения на пациента. Тук попадат и промоцията на здравето и профилактиката на значими заболявания, които при

застрахователните компании предлагачи доброволно здравно застраховане са изключени от основния пакет и попадат в допълнителните им покрития, както ще стане ясно малко по-късно. Диспансеризацията на лица и контролът на инфекциозните заболявания също попадат в този клон. Необходимо е да се отбележи, че към диагностично-лечебната дейност спадат:

- Първичен и вторичен преглед, в рамките на един и същи медицински проблем;
- Оказване на медицинска помощ при спешни състояния на територията на лечебното заведение до пристигане на екип на център за спешна медицинска помощ или хоспитализация на пациента;
- Оказване на медицинска помощ в дома на пациента, но само по преценка на общопрактикуващия лекар и то в определените за това часове от графика му;
- Назначаване и проследяване провеждането на хигиенно-диетичен режим;
- Клинико-лабораторни изследвания;
- Определяне на индикациите и обема на изследването;
- Насочване към съответна лаборатория;
- Интерпретация на резултатите;
- Апаратни диагностични изследвания;
- Специфични изследвания и процедури (по медицински показания).

НЗОК заплаща и за други дейности, свързани с диагностика и лечение като консултирането на пациентите, дори и от разстояние, но в рамките на комуникационните технологии, насочване на пациенти за планова хоспитализация и такива след дехоспитализация. В този клон се включва и подготовката на медицинска експертиза.(49)

## **Специализирана извънболнична помощ**

Вторият клон на извънболничното лечение е специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП), включваща общомедицински дейности, специализирани медицински дейности и високоспециализирани медицински дейности по специалности, специализирани медико-диагностични изследвания и високоспециализирани медико-диагностични изследвания по специалности. (50)

### ***1.1.2. Основен пакет болнична помощ,***

Болнична помощ, като част от основния пакет, включва в себе си диагностика и лечение по клинични пътеки, както и необходимите за това медицински изделия описани подробно в приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. Необходимо е да се посочи, че НЗОК заплаща само за процедурите, манипулациите, медицинските изделия и консумативи, които са разписани в алгоритъма на съответната клинична пътека. Точните алгоритми и указания за работа на медицинските лица за всяка една клинична пътека са разписани в Приложение № 17 „Клинични пътеки” към НРД. (37-44)

### ***1.1.3. Основен пакет високоспециализирани медицински дейности***

Високоспециализираните медицински дейности, за които заплаща НЗОК могат да извършвани в лечебни заведения за болнична помощ, такива за специализирана извънболнична помощ с легла за краткосрочно наблюдение и лечение, комплексни онкологични центрове и диализни центрове. Тяхното изпълнение изисква специализиран персонал отговарящ на изискванията на НЗОК. (37-44,50)

### ***1.1.4. Основен пакет клинични процедури***

Клинични процедури включени в основния пакет на НЗОК са от изключително значение. Те имат за задача да очертаят основни животоподдържащи дейности. Тук са включени различни процедури

свързани с диализа, лечение и диспансерно наблюдение при злокачествени заболявания, пренатална инвазивна диагностика на бременност, наблюдение на пациенти с невромускулни заболявания, интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане, интензивно лечение извън случаите на новородено. В голяма част от посочените процедури НЗОК заплаща необходимите медицински дейности, медицински изследвания, в това число клиничко-химични и хематологични, лекарствени продукти и медицински изделия, транспорт на пациентите нуждаещи се от хемодиализно лечение. За провеждането на клинични процедури по интензивно лечение е необходимо болничните заведения да отговарят на определени изисквания и степен на подготовка на персонала. Те са с продължителност от 24 часа, като след изтичането им при необходимост се преминава към друга процедура. (26,37-44)

#### ***1.1.5. Комплексно диспансерно наблюдение***

Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение също влиза в основния пакет покрит от НЗОК. То се осъществява при деца и възрастни с кожно-венерически и психиатрични заболявания. В него се включват специализирани и високоспециализирани медицински дейности и изследвания, които се осъществяват в съвкупност. Срокът за който се извършва е дванадесет месеца от диагностициране на заболяването. (26,37-44)

#### ***1.1.6. Реимбурсиране на лекарства***

Националната здравноосигурителна каса покрива изцяло или частично лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, всички лекарствени продукти, приложими при лечението на злокачествените заболявания. Това става чрез договаряне на отстъпки, като заплаща намалената с договорените отстъпки стойност. Условиата и редът за договаряне се уреждат в методика, утвърдена от Надзорния съвет по предложение на управителя на НЗОК и са разписани

подробно в Закона за здравното осигуряване и Наредба № 10 от 2009 г.(26, 32)

## **1.2. Обем на покритието на доброволното здравно застраховане**

В нашата страна доброволното здравно застраховане все още не е достатъчно разпространено. Въпреки големия брой застрахователни компании притежаващи лиценз за упражняване на здравно застраховане, много малко от тях предприемат кампании за разясняване на нуждата и предимствата му. Наблюдава се сключването на т.нар. групови договори или по друг начин казано застраховане направено от работодателите. Застраховането на големи групи играе важна роля за разпределението на риска при застрахователя. Разпределянето му спрямо повече участници намалява риска за застрахователя, а от тук се намалява и цената на самата застраховка (застрахователната премия). Ето защо при застраховането на големи групи при по-малка премия се получава и по-голямо покритие. (15, 16)

### **Сравнение на покритията на три от водещите застрахователни компании**

За целите на настоящото изследване са използвани предлаганите покрития на три от водещите застрахователни компании на пазара за здравно застраховане, а именно ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП, ЗК УНИКА ЖИВОТ АД и ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД. При анализирането на данните прави впечатление, че освен разделението на покритието на основен и допълнителен пакет ЗК УНИКА ЖИВОТ АД и ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП предлагат по три пакета, а ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД два пакета с различно ниво на защитеност на клиентите си, за групови застраховки за малки и средни предприятия. Докато при индивидуалните покрития на ДЗИ-

ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД са разделени в три нива и едно четвърто, което е предназначено за семейства. Започва се от т.нар. пакет „Стандарт”, който предлага минимално основно покритие. Преминава се през среден вариант, който надгражда основното покритие и се стигне до разширен пакет, който покрива дори високоспециализирани медицински услуги. (54-56)

### **Лимитиране на предлаганите пакети**

Необходимо е да се направи едно важно уточнение, че при доброволното здравно застраховане покритието по полицата и лимитите до които заплаща застрахователя са строго персонални и те се отнася само и единствено до застрахованото лице, без то да има право да ги преотстъпва на друго лице или да може да прехвърли неизползваните пакети за следваща застрахователна година (при подновяване на застраховката без да има прекъсване).

Под понятието лимит на отговорност на застрахователя или лимит на дейностите, или годишен лимит се има предвид сумата или броя манипулации и прегледи, до които застрахованите могат да използват съответна медицинска услуга, манипулация, преглед, дейност и тн.

### **Минимален пакет предлаган от застрахователните компании**

Минималният пакет здравни услуги предлагани от застрахователните компании включва в себе си извънболнична и болнична помощ като основен пакет. Към него срещу допълнително заплащане клиентите могат да добавят и т.нар. допълнителни покрития, включващи лекарствени средства за домашно лечение, помощни средства, санитарен транспорт, рехабилитация, сестринско наблюдение на болен, като застрахователят заплаща единствено до уговорения в полицата лимит.



Фиг. 5 Минимално покритие предлагано от застрахователите.

По желание може да се добавят и пакет с профилактични дейности и такъв за дентална помощ. Минималният пакет с профилактични дейности включва промоция на индивида и интервю с въпроси за ранно откриване на значими заболявания, преглед при един от посочените специалисти – интернист, вътрешни болести, кардиолог или педиатър за лицата под 18 години, също така преглед при офталмолог и само ЗК УНИКА ЖИВОТ АД в минималния си пакет покрива преглед при акушер гинеколог за жените и уролог за мъжете. Към пакета с профилактични дейности влизат и изследване на кръвна захар, пълна кръвна картина, измерване на кръвно налягане, ЕКГ и общо химическо изследване на урината.

Пакетът дентални услуги включва преглед, лечение и профилактика на кариес, лечение на пулпит, изваждане на един зъб, извършване на интерорални инцизии, локална рентгенова снимка (без панорамна) и поставяне на анестезия. Само в минималния пакет на ЗК УНИКА Живот се включват процедурите спешно дентално лечение, стоматологични съвети

за поддържане на здравето и лечение на тъканите и лигавицата в устната кухина след преглед при специалист пародонтолог и възстановяване на счупени протези и циментиране на паднали коронки и мостове. (54-56)

### **Средно ниво на покритие предлагано от застрахователните компании**

Към средното ниво на покритие спада всичко изброено по-горе както се надгражда със следните манипулации описани по-долу (Фиг.6):

Към извънболничното лечение се добавя разширение на клиничните изследвания:

- хормонални и цитологични изследвания;
- ЕЕГ;
- холтер мониторинг на ЕКГ и кръвно налягане;
- велоергометрия;
- ултразвукови (ехографски) и ендоскопски изследвания (с и без биопсия).

При амбулаторните манипулации се добавя:

- поставяне и сваляне на гипсови имобилизации;
- подготовка за планова хоспитализация (лабораторни, ултразвукови и рентгенови изследвания според опцията);
- диспансерно наблюдение на хронично болен от лекар специалист по профила на заболяването;
- криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори до веднъж в годината.

Надграждането на пакета включва и медицинско освидетелстване за работа, за шофьори на МПС категория В и за сключване на брак. (54-56)



Фиг. 6 Средно покритие предлагано от застрахователите.

Застрахованите избрали този пакет могат да получат привилегии при настаняването в болнични стаи с 2 и 3 легла, както и преглед освен от дежурен лекар и от лекар по избор. Болничното наблюдение се извършва и от завеждащ отделение до два пъти в седмицата, като пациентът има право и на консултация с хабилитирано лице от с има право и на консултация с хабилитирано лице от същото болнично заведение. Също така към болничното лечение са добавени лечение в отделение по токсикология и лечение в отделение по лапароскопска хирургия. Освен медикаментозното лечение тук е добавена и физиотерапия и рехабилитация.

При доброволното здравно застраховане застрахователите поставят проследяването на бременността като отделен пакет. Проследяването и грижата за бременни в този пакет не включват ехографско изследване с 3D и 4D ехограф, както и биохимичен скрининг и пренатална диагностика на плода. Подлимитите (Подлитмит е лимит на пакет, който е включен допълнително към по-голям пакет. Напр. бременността се включва

допълнително към лимитите на болничната и извън болничната помощ) на извънболничната помощ тук са средно 300 лв., а за болнична помощ 500 лв. Необходимо е да се спомене, че част от застрахователните компании включват отлагателен период от 9 месеца към този пакет. Отлагателен период означава по-късното влизане в сила на действието на покритието, като при подновяване на застраховката без прекъсване две и повече години това ограничение отпада. Това се налага с цел по-доброто разпределение на риска и избягване на така нареченото източване на средства от застрахователната компания.

Тук се покрива и стойността на лекарствата изписани за домашно лечение. Като към лекарствата се включват и хомеопатичните лекарства. А ЗК УНИКА Живот покрива и поставянето на ваксини.

В средното ниво на покритие допълнителния пакет и денталната помощ са със завишени лимити на отговорност на застрахователите. Като при денталната помощ се включват и апикална остеостомия и репониране на луксация на челюстната става веднъж в годината, подготовка на зъб и поставяне на единична металокерамична коронка и на металокерамичен двуопорен мост (без да се поема зъботехническата услуга), панорамни снимки, почистване на зъбен камък, плака, полиране, лечение на афти.

### **Най-високият пакет предлаган от застрахователните компании**

Най-високото ниво на застрахователно покритие осигурява максимална защита на застрахованите лица с лимити на отговорност съобразени с лечението в частни клиники и болнични заведения. Освен всичко изброено до тук по-долу са описани и допълненията към различните пакети (Фиг. 7).



Фиг. 7 Максимално покритие предлагано от застрахователите.

Основният пакет извънболнична помощ получава разширение като консултация може да се извършва не само със специалист, но и с хабилитирани лица. Застрахованите могат да използват неотложна спешна помощ нощем и в почивните дни, както и от различни високоспециализирани медицински изследвания и лазерна корекция на зрението предписани от съответните специалисти. Предлагат се покрития по психотерапия и ерготерапия.

Застрахованите лица могат да се възползват от единична стая за болнично лечение, както и да изберат желан от тях екип, който да ги лекува. Те имат право на лечение в неврохирургично и кардиохирургично отделение, в хематология и онкология, както и на процедури по миниинвазивна хирургия. Към начина на лечение се добавя и диетолечението, а медицинските консумативи и импланти са с подлимит до 2 000 лв. Покриват се и разходи за придружаващо лице, ако това се налага.

Към пакета за проследяване на бременност се добавят изследванията с 3D и 4D ехографи, както и биохимичен скрининг и пренатална диагностика на плода. Освен цезерово сечение по медицински показатели тук се покрива и такова по желание. Тук лимитите са средно 1 000 лв. за извънболнична и 2 500 лв. за болнична помощ.

Допълнителният пакет се разширява с покриването на корекционни средства, както и повишаване на лимитите за помощни средства, рехабилитация и физиотерапия и тези за възстановяване на средствата за лекарствени продукти за домашно лечение по лекарско предписание.

При денталните услуги освен повишените лимити се покриват и почистване на зъбен камък и плака на цяло съзъбие включително полиране с Air Flow, терапевтичен кюртаж при възпалителни заболявания на венците, зъботехничната дейност при изработването на металокерамични коронка и двуопорен мост, физиотерапия и лекарствени средства за лечение на устната кухина и зъбите.

При профилактиката се въвеждат консултации по семейно планиране, консултация с до двама специалисти, пълни кръвни изследвания и изследвания на урината, ехография на млечните жлези, PSA – тест за рак на простата жлеза, остеодензитометрия (за жени над 40г.) и имунизации срещу вирусни заболявания, като грип и хепатит В веднъж годишно.

### **1.3. Сравнителен анализ на обема на покритията на НЗОК и застрахователните компании**

По-подробна информация всички покрития на застрахователните компании са описани и сравнени с тези поемани от НЗОК в Приложение 1, Приложение 2, Приложение 3, Приложение 4 и Приложение 5. Анализът е направен, като е използвано разделението на медицинските услуги направено от застрахователните компании. (30-36,54-56)

От направения табличен анализ могат да бъдат направени следните изводи за предлаганите покрития предлагани от задължителното здравно осигуряване и от доброволното здравно застраховане.

Предлаганите покрития в пакет **болнично лечение** предоставяни от НЗОК са достъпни за всички лица с непрекъснати здравноосигурени права, докато тези предлагани от застрахователите са достъпни само за притежателите на доброволни здравни застраховки. Болничното лечение предлагано от НЗОК няма ограничение в обема, стига то да се вмести в алгоритъма на клиничната пътека, при застрахователните планове болничното лечение е ограничено до лимитът на закупената застраховка, всички останали разходи се поемат от пациента. Същото се отнася и до клиничните изследвания и раждането, с една особеност, че НЗОК поема изцяло заплащането на раждането независимо от вида му. Относно битовите условия при болнично лечение притежателите на здравни застраховки са привилегирани и могат да се възползват от по-добро настаняване в единична или двойна стая.

За извънболничното лечение НЗОК предлага достъп до всички специалисти, но не повече от едно първично посещение за месец, стига те да имат сключени договори с НЗОК. При застрахователното покритие получаването на извънболнична помощ зависи единствено и само от застрахователния план, който е избран от застрахования, като няма ограничение в броя посещения, хабилитацията на лекарите и договорните отношения им със застрахователите.

Допълнителни услуги предоставяни от застрахователните са разнообразни и широкообхватни, но отново са съобразени с договореностите на здравната застраховка. При тях са включени корекционни и помощни средства, които не се покриват от НЗОК.

В предлаганите профилактични пакети, дейностите предлагани от НЗОК се доближават максимално до минималните покрития на застрахователните компании.

От споменатото по-горе може да се обобщи, че предимствата на предлаганите от НЗОК покрития са повече. Те са достъпни за по-голям брой хора, имат широк набор от предлагани услуги и манипулации и не са лимитирани. Покритията предлагани от застрахователните компании са достъпни само за притежателите на допълнителни здравни застраховки. Те са лимитирани и ограничени спрямо договорените условия, за които застрахованите са заплатили предварително. Предимство на доброволните застрахователни планове са свързани с по-добрите битови условия за болнично лечение, по-бързият и лесен достъп до специалисти с по-ранг и повече допълнителни покрития изразяващи се в осигуряване на помощни средства, медицински услуги в домашни условия и др.

## **2. Анализ на финансовите характеристики на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България за периода 2013 г. – 2020 г.**

По данни Националния статистически институт периода от 2013 г. до 2020 г. българинът харчи средно по 293,25 лв. за здравеопазване за година време. В тези разходи се включват както разходите за задължително здравно осигуряване, така и частните плащания, за доброволни здравни застраховки и др. Прави впечатление, че разходите нарастват почти двойно като в началото на периода те са 233 лв. на човек за една година, а през 2020 г. са вече 388 лв. (129)

За да бъде анализирани финансовият обхват на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане са разгледани и сравнени тарифните планове на три от водещите застрахователни компании; средноаритметичната цена на задължителното здравно осигуряване и разпространението на двете системи върху населението.

## **2.1. Анализ на тарифните планове на застрахователните компании**

След извършен обстоен анализ на тарифните планове на разглежданите застрахователни компании и механизма за изчисление на задължителните здравноосигурително вноски може да се направят следните изводи описани по-долу. (54-56)

Всички изчисления са направени по следния механизъм:

- Средноаритметични лимити – За получаване на осреднена стойност на предлаганото лимитно покритие са взети всички лимити предлагани от застрахователя и сумата им е разделена на общият им брой.
- Средноаритметична премия – Направен е сбор от всички премии по различните предлагани пакетни покрития и сумата от този сбор е разделена на броя им за една година.

### ***2.1.1. Средноаритметични лимити и премия в доброволното здравно застраховане***

След направено обобщение на актуалните тарифни планове на разглежданите застрахователни компании се стигна до заключението, че средноаритметичният лимит на покритие на доброволното здравно застраховане предлагано от тях е в размер на 3987 лв. годишно, а средната премия, която отговаря на това покритие е 255 лв. на човек годишно. До тези суми се достигна, след като се определиха средните лимити на отделните компании за всички предлагани от тях пакети с покрития. Трябва да се направи и едно уточнение, че това са стойности за хора с непрекъснати здравноосигурителни права по линия на задължителното здравно осигуряване.

От анализиранияте данни на актуалните тарифи и тарифните ставки за 2015 г. ясно личи намаление на средноаритметичната премия. Размерът ѝ през 2015 г. е 298 лв., а към началото на 2021 г. е 255 лв. Интересното тук е, че средноаритметичният лимит се е запазил своята стойност.

## **ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД**

Както е показано в приложенията по-долу, ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД предлага две нива вида пакети – Стандартен и Луксозен за груповите здравни застраховки. При обобщение на сумите за двете нива се стигна до среден лимит на покритие за всички предлагани за това ниво рискове от 3 500 лв. За да получи това покритие застрахованото лице е необходимо да заплати средна премия в размер на 168 лв. Трябва да се отбележи, че премията за индивидуалните застраховки в осреднена стойност е 391 лв. Посочените цифри важат са актуалната тарифа на компанията за началото на 2021 г. (54)

Интересен е фактът, че за същия средноаритметичен лимит през 2015 г. клиентите е трябвало да заплатят средноаритметична премия в размер на 364 лв. Тук се вижда сериозен спад на centa за доброволните здравни застраховки. Новото, което предлага застраховарелната компания е индивидуалният застрахователен план.(55)

## **ЗК УНИКА ЖИВОТ АД**

При ЗК УНИКА ЖИВОТ АД предлаганите пакети са три – Стандарт, Комфорт и Престиж. Там средният лимит за покриване на рискове е 5301 лв. със 146,45 лв. средногодишна премия, отговаряща на посочения лимит по тарифи от началото на 2021 г. При ЗК УНИКА ЖИВОТ премиите за индивидуалните застраховки са със среден размер 112,11 лв.(56)

Тук също прави впечатление разликата в размера на средноаритметичната премия, която трябва да се заплати – от 182 лв. през 2015 г., на 146,45 през 2021 г. ЗК УНИКА ЖИВОТ АД също е включила в пакетите си индивидуални застрахователни планове.

## ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП

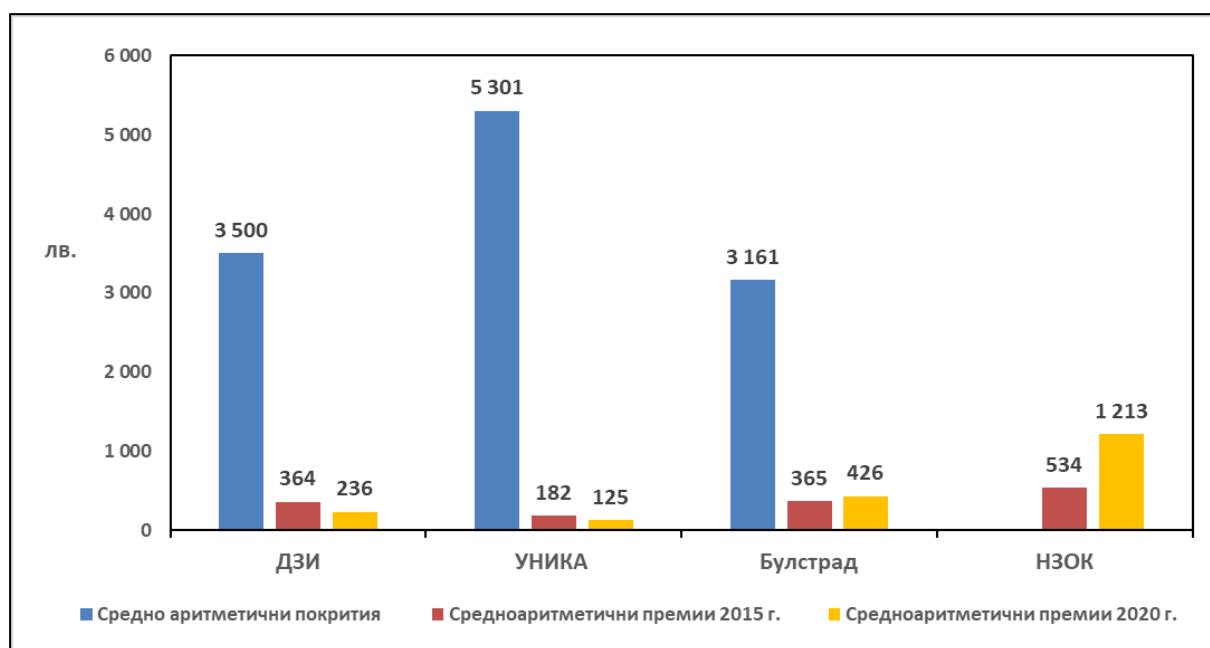
Резултатът, който се получи при обобщаване на данните на ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП е следният. При предлагани три пакета – Стандарт, Оптимум и Лукс средният лимит на покритие е 3161 лв., а за да получи подобно покритие човек трябва да заплати премия в размер на 391,07 лв. Тук премиите за индивидуалните застраховки се тарифират отделно за всеки индивид и трудно би могло да се даде средна стойност.(54)

При тази компания има особеност при тарифирането на допълнителните здравни застраховки. Премиите се изчисляват индивидуално за всеки един клиент, било то за групова застраховка или индивидуална. При оферирането на премията за всеки един случай се взема комбинация от различни критерии – възраст, професия, пол, здравен статус и др. Ето защо ако се направи сравнение между средноаритметичната премия за началото на 2021 г., която е в размер на 391,07 лв. и тази за 2015 г., която е в размер на 365 лв., се наблюдава увеличение на цената на предлагана доброволна здравна застраховка.

Обявените по-горе стойности са изчислени по стандартните тарифи на застрахователните компании. При сключването на групови застраховки, премията намалява, тъй като всеки застраховател прилага различни отстъпки. Тези отстъпки варират спрямо броя на лицата в групата и понякога могат да достигнат 50% и повече. Понякога при борба за важен клиент, конкуренцията на пазара между застрахователните компании е толкова силна, че цената на здравните застраховки пада до възможния минимум. Тук трябва да отбележим и фактът, че груповите застрахователни договори са изключително разпространени и заемат 98% от пазара на здравните застраховки.(103)

В графиката по-долу може да се види съотношението на покритията и средните годишни премии. Тук са представени обобщени данни за

индивидуалните и групови средноаритметични застрахователни премии и средноаритметичната вноска за задължителното здравно осигуряване.



Фиг. 8 Средноаритметични премии и покрития за 2015 г. и 2021 г.

## 2.2. Средноаритметични лимити и вноска в задължителното здравно осигуряване (начин на изчисление)

Чрез прилагане на метода за изчисляването на вноската при задължителното здравно осигуряване се установява, че средната годишна вноска за хора работещи на трудов договор и самоосигуряващите се лица за периода от 2013 г. до 2020 г. е както следва (17,130):

<i>Средна годишна вноска за задължително здравно осигуряване за едно лице за периода 2013-2020 година</i>								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Годишна минимална работна заплата за работещи на трудов договор	3720.0	4080.0	4440.0	5040.0	5520.0	6120.0	6720.0	7320.0
Вноска за ЗЗО	119.04	130.56	142.08	161.28	176.64	195.84	215.04	234.24

Годишен максимален осигурителен доход за работещи на трудов договор	26400	28800	31200	31200	31200	31200	36000	36000
Вноска за ЗЗО	844.8	921.6	998.4	998.4	998.4	998.4	1152	1152
Средна годишна вноска за ЗЗО за работещи на трудов договор	481.92	526.08	570.24	579.84	587.52	597.12	683.52	693.12
Среден годишен осигурителен доход за самоосигуряващи лица	5820	5820	5820	5820	6360	18660	21360	21660
Средно годишна вноска за ЗЗО за самоосигуряващи лица	465.6	465.6	465.6	465.6	508.8	1492.8	1708.8	1732.8
Средно годишна вноска за ЗЗО за самоосигуряващи лица и работещи на трудов договор	473.76	495.84	517.92	522.72	548.16	1044.96	1196.16	1212.96

**Таблица 6. Средна годишна вноска за задължително здравно осигуряване за едно лице за периода 2013-2020 година.**

Данните в таблицата са получени по следния начин:

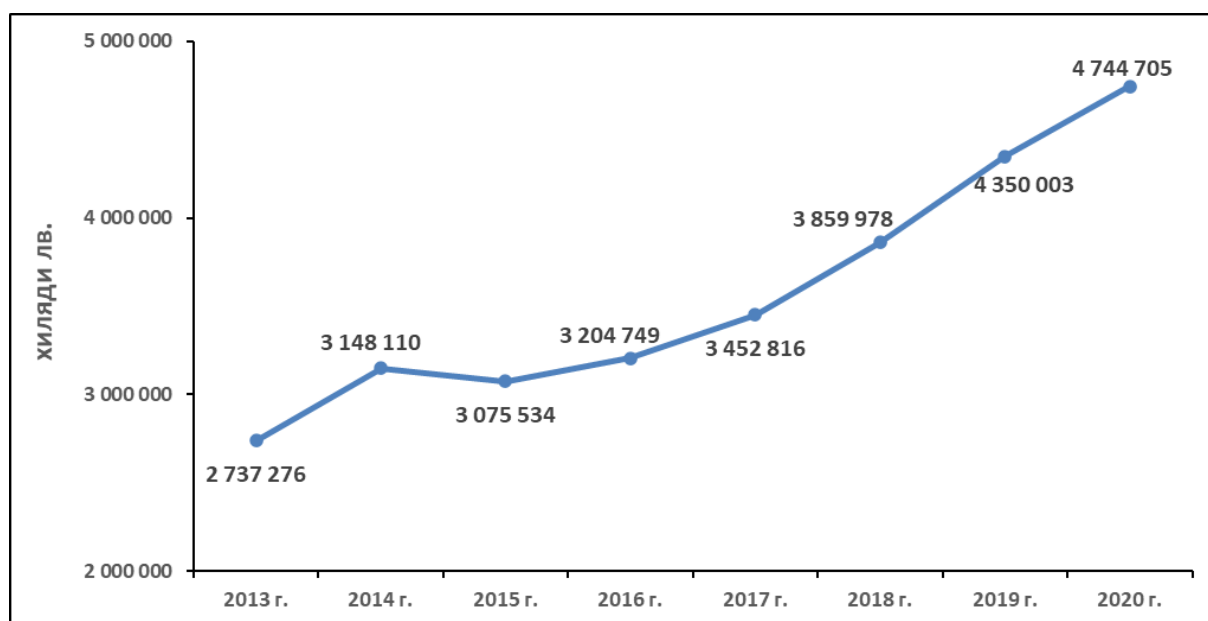
Изчислена е средната минимална работна заплата на работещите на трудов договор за разглежданите години, като е отбелязана промяната ѝ от 01.07.2015 г. от 360 лв. (месечно) на 380 лв (месечно). Вноската която трябва да се направи от работещия е 3,2%. Необходимо е да се отбележи, че останалите 4,8% се дължат на държавата от работодателите.

Друго важно обстоятелство е определеният максимален облагаем доход за разглеждания период. Следващата стъпка е определянето на средния осигурителен доход на самоосигуряващите се лица и средногодишните вноски за задължително здравно осигуряване.

За целта на това изследване са взети групите на работещите на трудов договор и самоосигуряващите се лица, защото те са групите, които най-често се възползват от възможностите на доброволното здравно застраховане.

### 2.3. Анализ на размера на годишните бюджети на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане

Задължителната здравноосигурителна система постоянно се нуждае от вливане на нови и нови финансови средства. Това е видимо и от растежа на приетите бюджети на НЗОК за периода от 2013 г. до 2020 г. Средствата предвидени за здравноосигурените лица през 2013 г. са 2 737 276 хил. лв.(19-26)



Фиг. 9. Годишен бюджет на ЗЗО за периода 2013 г.-2020 г. в лв.

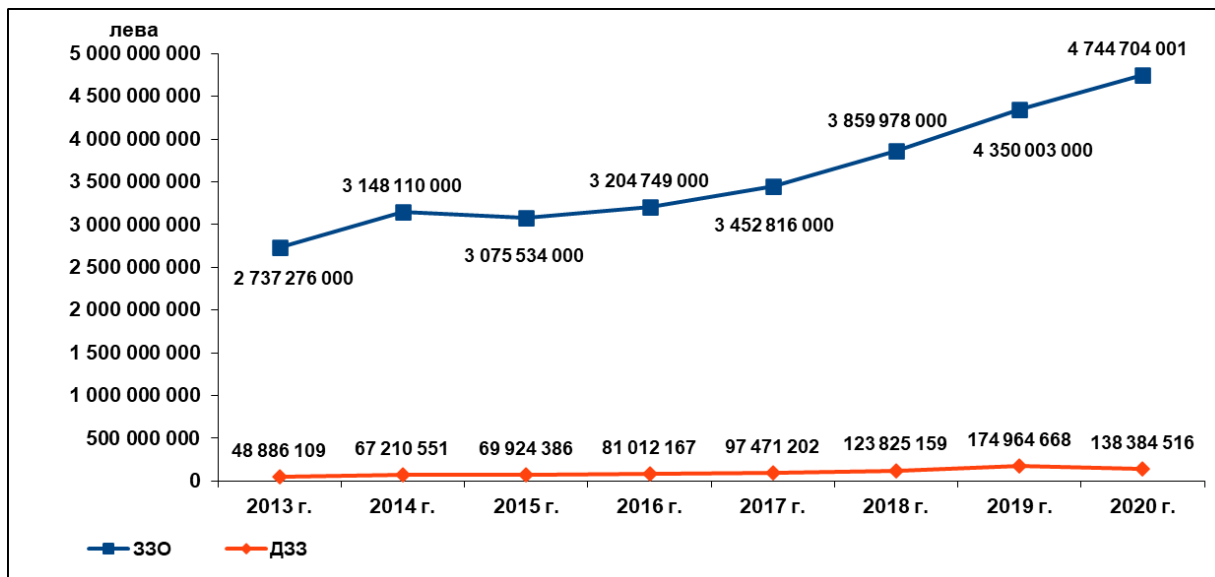
От тези средства могат да се възползват всички лица с непрекъснати здравни права, без да има индивидуални лимитни ограничения. Ето защо се наблюдава постоянно увеличение на нуждата да бъдат вливани нови и нови средства за здравеопазване и все повече се засилва усещането за недостига им, което само по себе си е индикатор за неефективността на тази система.

По данни на Комисията за финансов надзор годишния бюджет ( или размера на събраните застрахователни премии) при доброволното здравно застраховане постоянно нараства. В таблица 7 е описан подробно премииният приход, който са получили застрахователните компании, които предлагат доброволно здравно застраховане.

година	Реализиран премиен приход от здравни застраховки по години в лева							
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Премиен приход записан в Общо застраховане	36 751 149	43 813 617	41 603 174	44 521 979	51 751 005	53 036 642	65 731 968	70 160 779
Премиен приход записан в Живото застраховане	12 134 960	23 396 934	28 321 212	36 490 188	45 720 197	70 788 518	109 232 699	68 223 737
Общ премиен приход	48 886 109	67 210 551	69 924 386	81 012 167	97 471 202	123 825 159	174 964 668	138 384 516

**Таблица 7. Реализиран премиен приход от здравни застраховки за периода 2013-2020 г.**

От посочените по-горе цифри и от таблица 7 се вижда ясно бързото развитие на доброволното здравно застраховане през разглеждания период. Ако то запази тези бързи темпове на развитие и увеличи дела си спрямо задължителното осигуряване, финансовата картина в здравеопазването ще се промени. С разширяването на обхвата си върху повече доброволно здравно застраховани, средствата в здравеопазването ще идват от още една линия за финансиране. Така доброволното здравно застраховане ще облекчи финансирането на здравеопазването, а това от своя страна ще доведе до по-добро заплащане на медицинските работници и подобряване на качеството на обслужването. На Фиг. 10 ясно се вижда разликата между финансовите обороти в двата канала.



Фиг. 10. Реализиран приход от премии от здравни застраховки в ДЗЗ и ЗЗО по години.

### 3. Анализ на обхвата на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България за периода 2013 г. – 2020 г.

#### 3.1. Задължителното здравно осигуряване – брой лица с непрекъснати права

По смисъла на нормативната уредба здравно осигуряване е задължително за всички граждани на Р България.(26) В това число влизат осигурените от държавата (пенсионери, ученици, учащи до 26 годишна възраст и тн.), работещите на трудов договор и самоосигуряващите се лица. Изхождайки от задължителността, този вид здравно осигуряване е с по-широк обхват от доброволното здравно застраховане, като брой осигурени лица. Няма общодостъпни статистически данни, които да проследяват информация за броя на лицата с непрекъснати здравноосигурителни права или такива с прекъснати. Това и солидарният принцип на задължителната здравно осигурителна система правят планирането и разпределението на риска по-трудни, а оттам се появява и неефективността във финансовата част. Няма и общодостъпна информация за броя на застрахованите лица, но при този тип застраховане всяка една

компания знае какъв е точния брой клиенти възползващи се от здравните застраховки. Тази информация им помага за по-доброто разпределение на риска, а от там и по-доброто съотношение между цена и покритие, както и по-добро разпределение на финансовите активи. (113-116)

### **3.2. Доброволното здравно застраховане – брой лица**

Българинът няма добра традиция в доброволното здравно застраховане. За сметка на това през последните години се наблюдава прогресивен ръст в дела на сключените здравни застраховки. В подкрепа на това становище стоят данните на Комисията по финансов надзор, която е основен регулатор в сектор застраховане, който бяха разгледани по-горе.

От значение е да се отбележи и стимулирането на отделните лица или работодатели да изберат да сключат застраховка за допълнително здравно застраховане. До този момент държавата предлага данъчно облекчение в размер до 10% от сумата от годишните данъчни основи за внесените през годината лични вноски за доброволно здравно застраховане и премии.

## **4. SWOT анализ на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане като здравно-политически технологии**

Както всяка една политическа технология, така и задължителното и доброволното здравно застраховане си имат своите добри и лоши страни. След всички направени проучвания може да се обобщят следните предимства, недостатъци, възможности и опасности.

## 4.1. Задължително здравно осигуряване

### *Положителни страни*

Задължителното здравно осигуряване е под постоянен прицел на упреците на хората, но въпреки това то има и своите **положителни страни**. Като здравно-политическа технология, то има за задача да е **широко и лесно достъпно**, да е **ефективно и рационално**.

Задължителното здравно осигуряване обхваща една много голяма маса от хора. На теория то трябва да обхваща цялото население. Това дава възможност дори на **най-бедните да се възползват от медицински услуги**, въпреки че нямат средства да заплатят за тях. Това е една от положителните черти, която е пряка последица от принципа на **солидарността**. Широкият обхват дава **равни права на здравни грижи** на различните слоеве на обществото.

### *Отрицателни страни*

По-големият обхват води след себе си няколко **отрицателни страни** на задължителното здравно осигуряване, а именно постоянно **нарастващите нужди от повече средства и недоброто разпределение на риска**.

Постоянно нарастващите нужди от ново финансиране в здравеопазването се дължат на няколко причини. Първата е свързана с **липсата на индивидуална лимитираност** на използваните медицински услуги от пациентите. По този начин се провокира така нареченото в публичното пространство „източване” на НЗОК. То се провокира и от **заплащането на болниците**, което се прави не на извършена манипулация, а на клинична пътека. Третата причина може да се свърже с **ниския контрол и невъзможността да се проследи индивидуалното потребление** на определен пациент. Сама по себе си тази невъзможност води до многократно използване на една и съща клинична пътека за излекуването на един пациент, въпреки че това не се налага и може да бъде използвана само веднъж.

Големият брой хора, които обхваща задължителното здравно осигуряване и постоянноменящата се численост на **лицата с непрекъснати и прекъснати здравни права**, правят разпределението на риска доста по-трудно. Това пък води след себе си не доброто планиране както от финансова гледна точка, така и от гледна точка на предлаганите покрития от НЗОК.

### *Възможности*

От направените по-горе анализи на покритията (и представените по-долу приложения), предлагани от двата типа осигуряване се разкриват следните възможности пред задължителното здравно застраховане. Първо **НЗОК** определено предоставя **широк набор от покрития и медицински услуги**, до които имат **достъп всеки здравноосигурен** гражданин с непрекъснати здравноосигурителни права. Втората възможност, която предоставя задължителното здравно осигуряване е **грижата на правителството за населението и линията за промоция на здравето** прокарвана от политиците. Посредством тази насоченост на здравната политика се обхваща по-голям кръг от хора, върху които може да се въздейства. Така чрез различни програми като профилактичните прегледи, програмата за здравословно хранене на децата в детските градини и училищата, Национален план за действие „Храни и хранене” и други, държавата оказва превенция на население и се грижи за неговото здраве.

Така може да се обобщи, че чрез възможностите на задължителното здравно осигуряване като здравно-политическа технология (общодостъпността или по-големия брой хора, които обхваща; предлагането на голям набор от медицински услуги заплащани от НЗОК; провеждане на кампании за профилактика на заболяванията; програми за промоция на здравето), може да се подобри значително здравния статус на обществото, а с подобряването му може да се намали постоянно нарастващата нужда от вливане на нови финансови средства.

### *Опасности*

Големите опасности, които стоят пред задължителното здравно осигуряване са **тромавата система, трудната достъпност до високоспециализирана помощ и такава от хабилитирани лица**. Това може да доведе загуба на ценно време за пациент, на когото е необходима здравна грижа. Въпреки свободния избор, който пациентът може да направи на лекар или болнично заведение тук остава ограничението, че това лечебно заведение или този лекар трябва да имат сключен договор с НЗОК.

Необходимо е да се разработят нови стратегии, за да бъде преодоляна опасността от загубата на ценно време, нарастващата нужда от нови финансови средства, породени от „източването” и затрудненията, които стоят пред упражняването на контрол. Тези стратегии могат да бъдат насочени към разработването на електронни пациентски досиета, въвеждането на индивидуална лимитираност и промяна в заплащането на лекари и болнични заведения.

## **4.2. Доброволно здравно застраховане**

### *Положителни страни*

При този вид застраховане **положителните страни** са повече. Те са свързани главно с **улеснените процедури по използването на здравните услуги**. Първо, застрахованото лице не е необходимо да изминава цялата тромава процедура, за да достигне до специализирана помощ. Не е нужно да чака за преглед при личния лекар, който да му издаде направление, за да отиде и отново да чака при лекар специалист, което губи много от времето на хората, които работят активно. При доброволното застраховане е необходимо застрахованото лице само да се обади на координаторите на застрахователната компания и те ще го насочат към най-удобното за него лечебно заведение, като ще запазят и час вместо него. Ако предпочитаният от него лекар или лечебно заведение нямат сключен договор със

застрахователя, то клиентът може да вземе фактура за използваните медицински услуги и средствата му ще бъдат възстановени.

Второ съществено предимство на доброволното здравно застраховане е **свободния достъп до хабилитирана медицинска помощ**. При някои от застрахователите дори самите условия изискват консултацията с хабилитирано лице.

Трето **социалното отношение** към нуждаещият се от здравни грижи и услуги е на много високо ниво. Целта е всичко в заобикалящата го среда да е в помощ на бързото му оздравяване. Ето защо част от предлаганите услуги са настаняване в единична стая, определено меню съобразено с желанията и диетичния режим на пациента, както и последващи грижи в домашни условия ако това е наложително.

#### ***Отрицателни страни***

Доброволното здравно застраховане също има своите недостатъци и те са свързани със следното. От една страна като негов **недостатък** може да бъде изтъкнато **малкото му разпространение**. От друга страна като недостатък може да се изтъкне и **малкия обем на покрития, предлагани от застрахователите и тяхната обвързаност с цената на застраховката**.

#### ***Възможности***

Възможността за индивидуални лимити при доброволното здравно застраховане създават чувство за сигурност. За разлика от задължителното здравно осигуряване тук по-трудно може да се стигне до т.нар, „източване”. Тази възможност се елиминира от стриктното следене на застрахователя на досиетата на своите клиенти и той не би се съгласил да заплати два пъти за една и съща процедура, ако това не е наложително по медицински причини. При най-малкото съмнение за измама, застрахователите имат право да изпратят своите клиенти при техен доверен лекар, които да установи действителното им състояние.

Основна възможност, която предоставя здравното застраховане е повишаването на личното самосъзнание на хората и стремежът им към по-

добър и здравословен начин на живот. Това е породено, както от сигурността, която получават, така и от стремежът н самите застрахователи да насочват клиентите си в тази посока.

### ***Опасности***

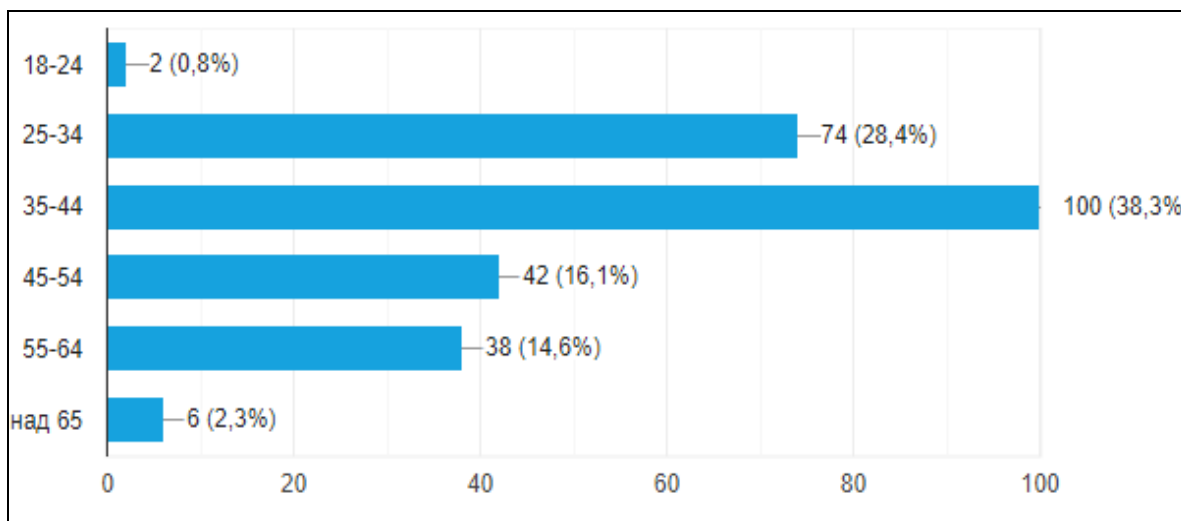
Основна опасност пред, която се изправя доброволното здравно застраховане е ниското му разпространение сред населението. За това има две основни причини едната е свързана с липсата на традиция и опит със сключването на здравни застраховки, а другата е от чисто финансов характер и тя касае **допълнителните средства, които трябва да бъдат заплатени за него.**

## **5. Проучване на потребителските предпочитания**

Проучването на потребителските предпочитания, нагласите към доброволното здравно застраховане и задължителното здравно осигуряване е извършено чрез анкета включваща 28 въпроса, представена в Приложение 6.

Участие в проучването бе предлагано на случаен принцип на хора от различни професионални групи, заети на трудов договор или самоосигуряващи се. От приелите да участват, 85% върнаха отговори.

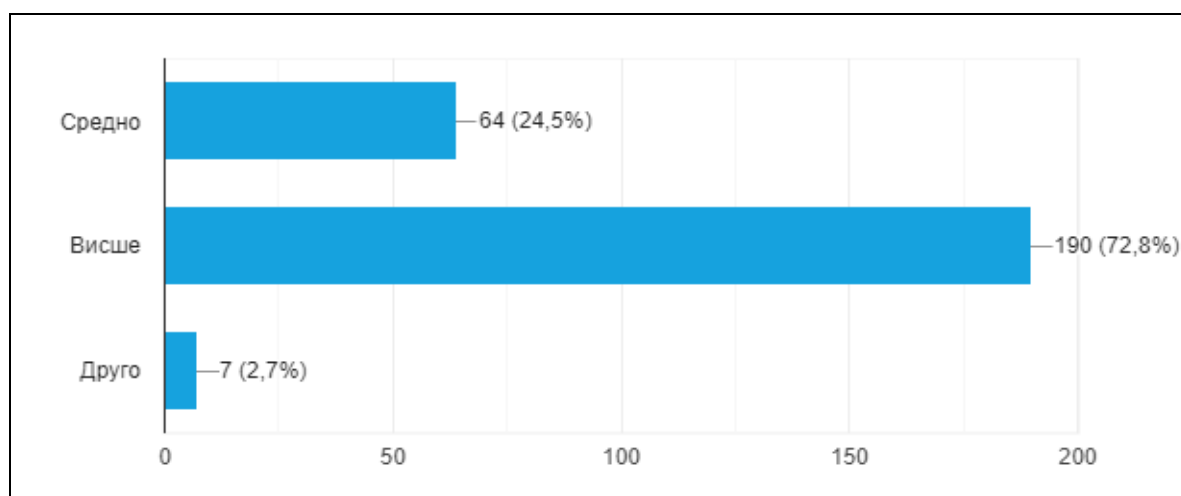
В анкетата взеха участие 261 човека, от които 77 мъже и 184 жени. Разделени в шест възрастови групи – от 18 до 24 годишна възраст, от 25 до 34 годишна възраст, от 35 до 44 годишна възраст, от 45 до 54 годишна възраст, от 55 до 64 годишна възраст и над 65 години. Най-голям процент попадат във възрастовите групи 25-34 и 35-44 години, общо 66,7 % от участниците в анкетата.



Фиг. 11. Диаграма за отговорите на въпроса: Възраст

Участниците в проучването са разделени и по различни критерии:

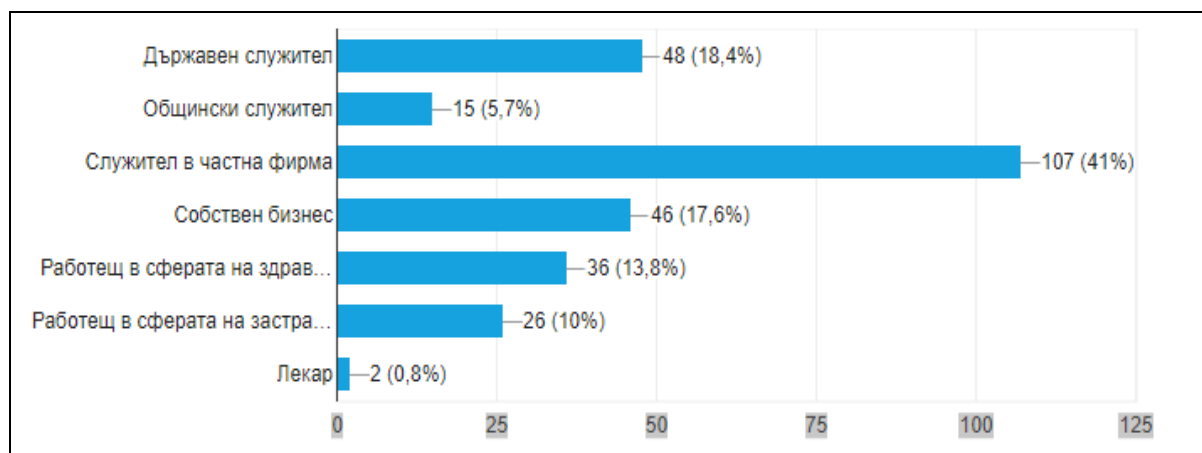
Образователната степен на анкетираните е разпределена по следния начин - 72 % от участниците са с висше образование, 24,5% са със средно образование, а 2,7 % са посочили друго.



Фиг.12. Диаграма за отговорите на въпроса: Образование

**Професионалната принадлежност** на участниците е разделена в следните групи: държавен служител, общински служител, служител в частна фирма, собствен бизнес, работещ в сферата на здравеопазването, работещ в сферата на застраховането, лекар. Най-голям е процентът на служителите в частни фирми – 41 %, следван от държавните служители – 18,4% и хора със собствен бизнес – 17,6 %. Работещите в сферата на

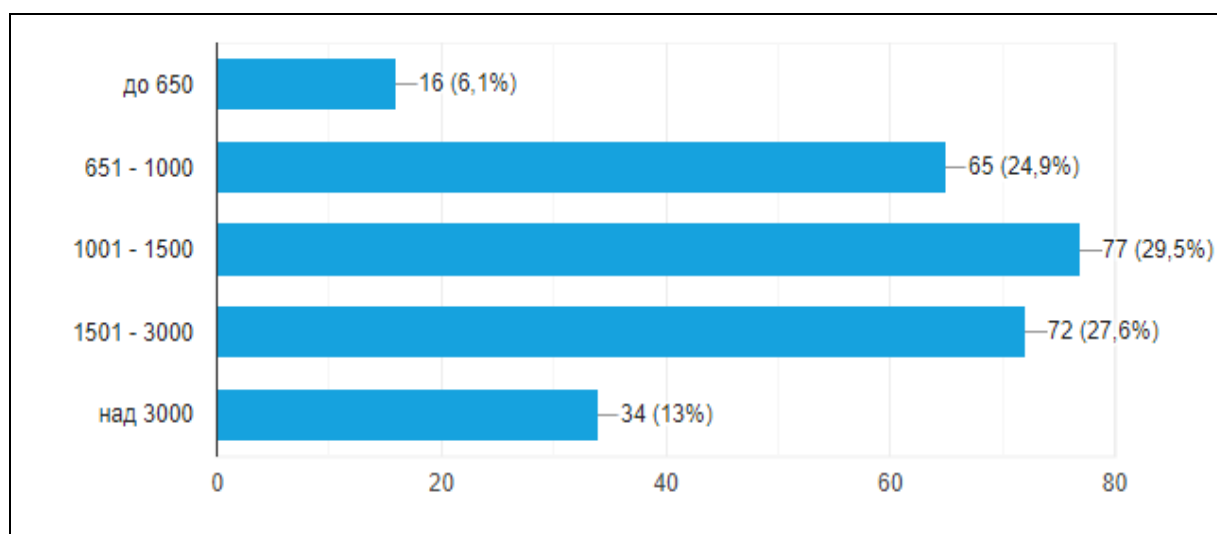
здравеопазването са 13,8%, а тези в сферата на застраховането са 10% от анкетиранияте. Общинските служители са 5,7 %, а само двама от анкетиранияте са посочили, че са лекари – 0,8%.



Фиг. 13. Диаграма за отговорите на въпроса: Професионална група

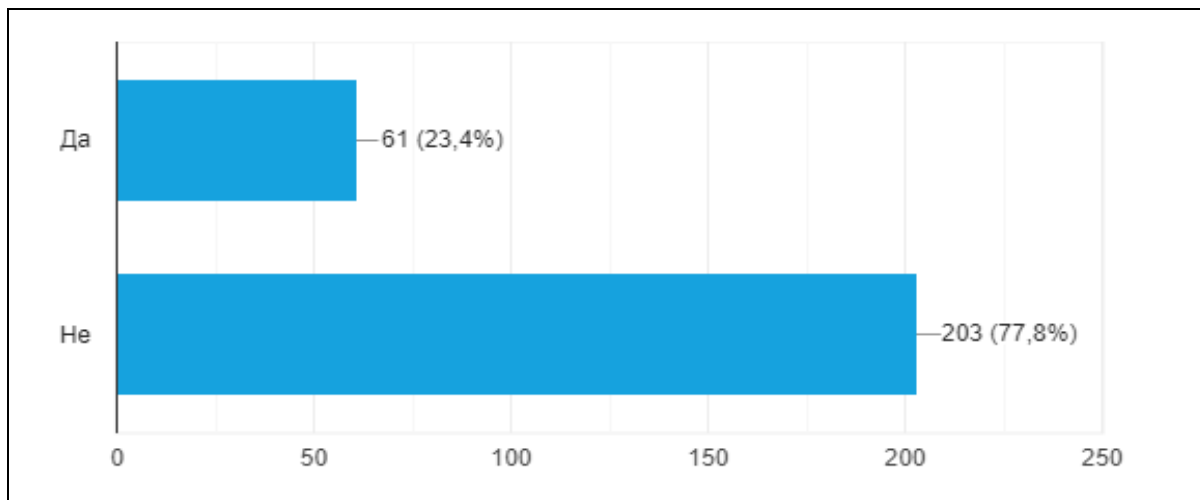
При **финансовият профил** на участниците освен като доходи е използван и критерият **самоосигуряващо** се лице и ако е такова дали има здравна осигуровка.

Размерът на месечните доходи е разделен в следните категории – до 650 лв, от 651 лв. до 1 000 лв., от 1 001 лв. до 1 500 лв., от 1 501 лв до 3 000 лв. и над 3 000 лв. Може да се обобщи, че 82 % от взелите участие в анкетата имат месечни доходи между 651 лв. и 3 000 лв. Това са съответно 24,9 % за диапазона 651-1 000 лв, 29,5% от участниците са с доходи между 1 001 лв. и 1 500 лв. и 27,6 % от 1 501 до 3 000 лв.



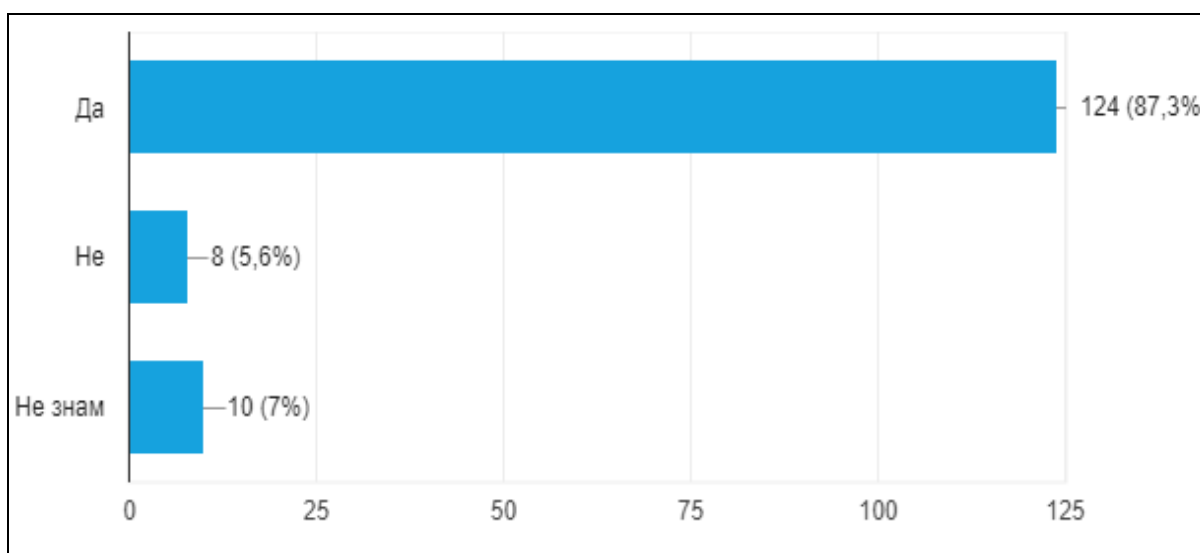
Фиг. 14. Диаграма за отговорите на въпроса: Размер на месечния доход в лв.

От всички взели участие в анкетата 23,4% посочват, че са **самоосигуряващи се лица**.



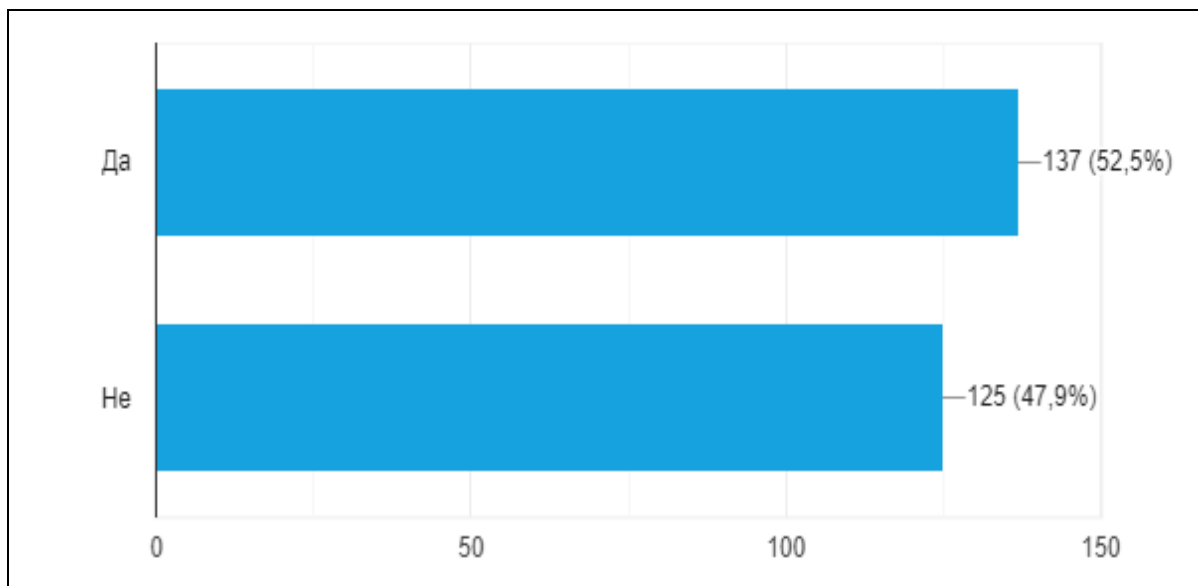
Фиг. 15. Диаграма за отговорите на въпроса: Самоосигуряващо се лице ли сте?

Отговорите на анкетираните показват, че 87,3% от отговорилите са с непрекъснати **здравноосигурителни права**, 5,6 % са изгубили правата си, а 7 % не знаят дали имат здравноосигурителни права.



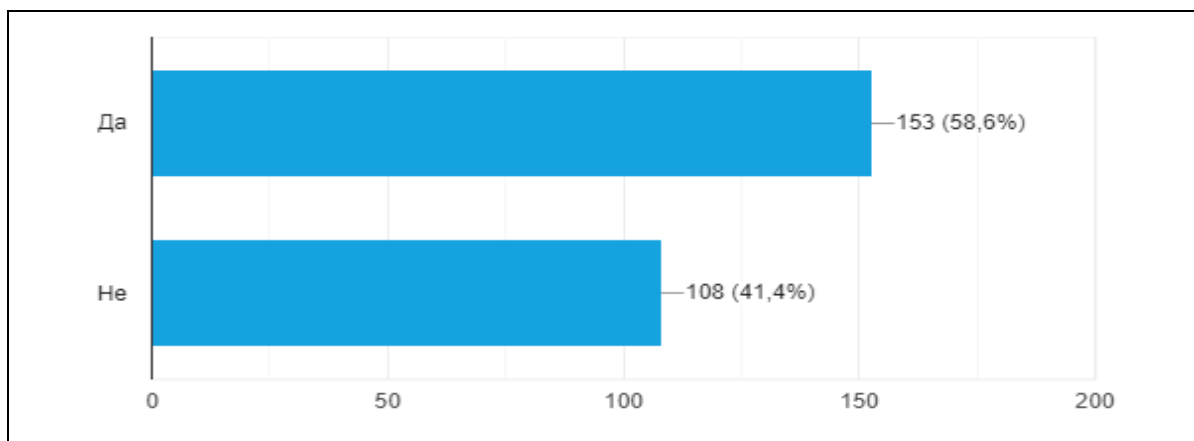
Фиг.16. Диаграма за отговорите на въпроса: Запазени ли са към момента здравноосигурителните ви права?

На въпроса „Познавате ли покритието на здравни услуги, които ви предоставя Общественото здравно осигуряване (НЗОК)?“ 52,5% са отговорили положително.



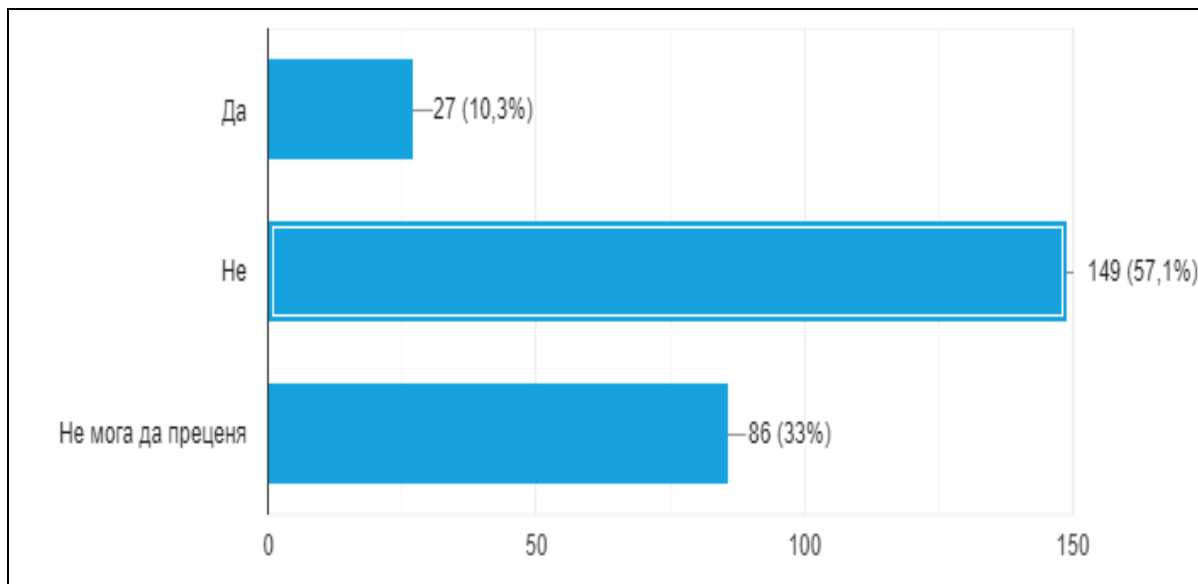
**Фиг. 17.** Диаграма за отговорите на въпроса: Познавате ли покритието на здравни услуги, които ви предоставя Общественото здравно осигуряване (НЗОК)?

На въпроса „Знаете ли къде може да се запознаете със здравните услуги, които ви предоставя Общественото здравно осигуряване (НЗОК)?“ 41,4 % отговарят отрицателно.



**Фиг. 18.** Диаграма за отговорите на въпроса: Знаете ли къде може да се запознаете със здравните услуги, които ви предоставя НЗОК?

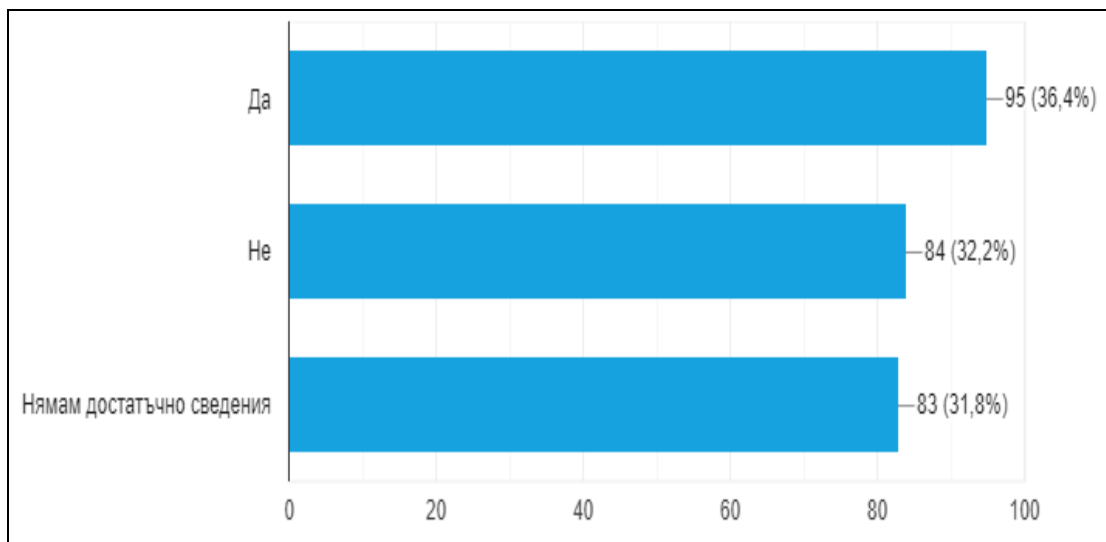
Отговорите на последните два въпроса показват, че половината от анкетираните нямат информация за това какво могат да получат срещу задължителните здравни осигуровки, които внасят и също така нямат представа за това от къде могат да я получат.



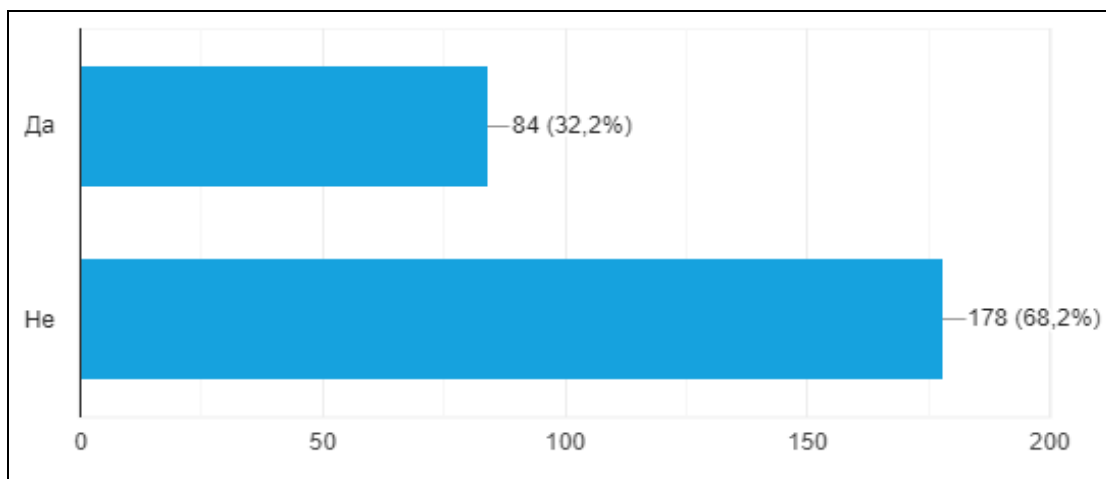
**Фиг. 19. Диаграма за отговорите на въпроса: Доволни ли сте от качеството на здравното осигуряване, предлагано от НЗОК?**

На въпроса: „Доволни ли сте от качеството на здравното осигуряване, предлагано от НЗОК?“, 57,1 % от анкетираните отговарят, че не са доволни, 33 % не могат да преценят и само 10,3 % са доволни от задължителното здравно осигуряване.

Интересно е разпределението в отговорите на въпроса „Запознати ли сте с покритията за допълнително здравно застраховане, предлагани от застрахователните компании в България?“. Тук анкетираните са разделени на три почти равни части. 36,4 % отговарят положително, 32,2% отрицателно и 31,8 % нямат достатъчно информация.



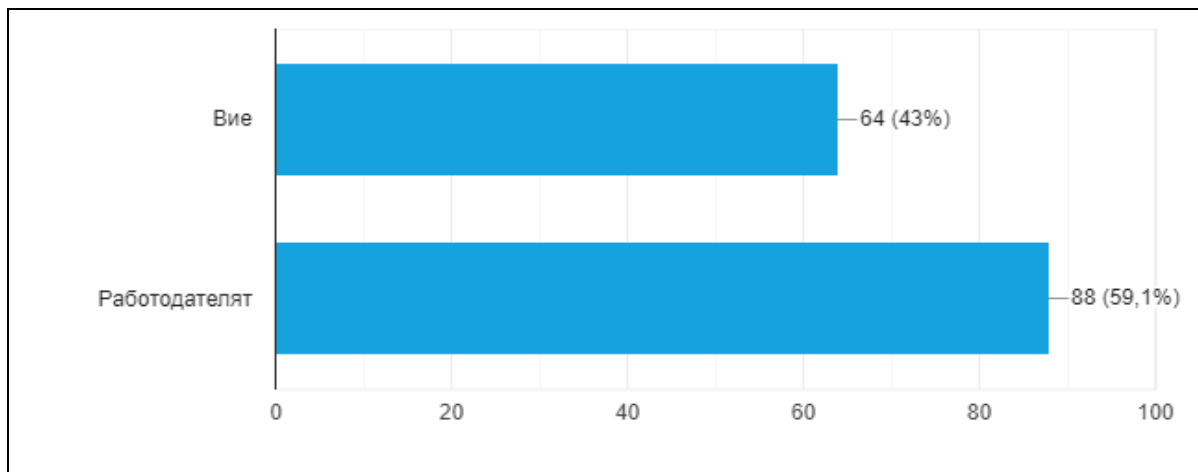
**Фиг. 20.** Диаграма за отговорите на въпроса: Запознати ли сте с покритията за допълнително здравно застраховане, предлагани от застрахователните компании в България?



**Фиг. 21.** Диаграма за отговорите на въпроса: Имате ли допълнителна здравна застраховка?

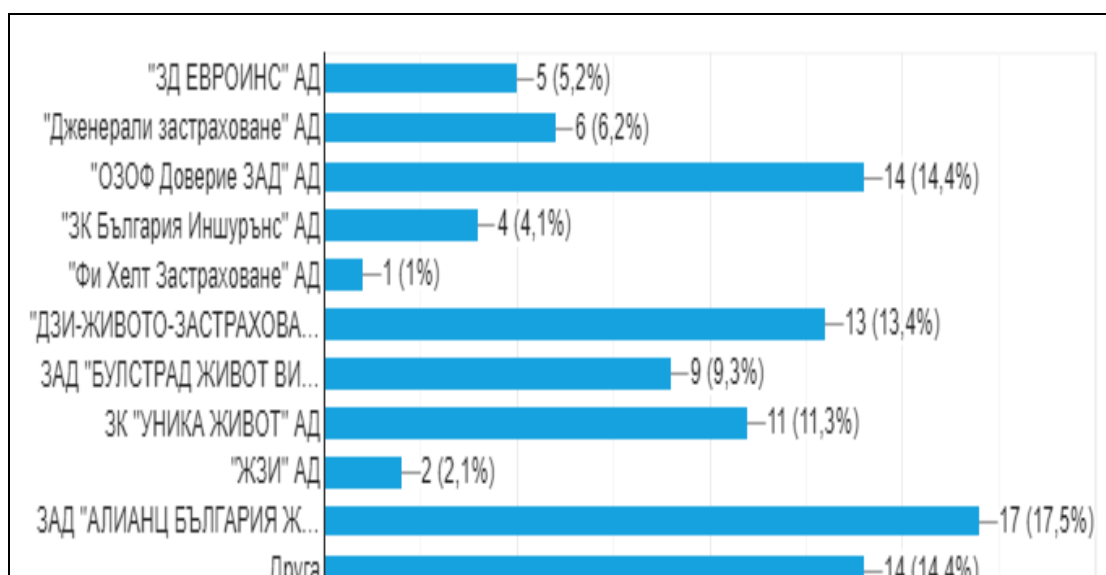
Само 32,2 % от анкетираните притежават доброволни здравни застраховки. (Фиг.21)

От тези застраховки 59 % са заплатени от работодателите. (Фиг.22)



**Фиг. 22. Диаграма за отговорите на въпроса: Ако имате здравна застраховка, кой плаща за нея?**

От хората, които в момента нямат допълнителна здравна застраховка 30 % заявяват, че са имали някога в миналото.

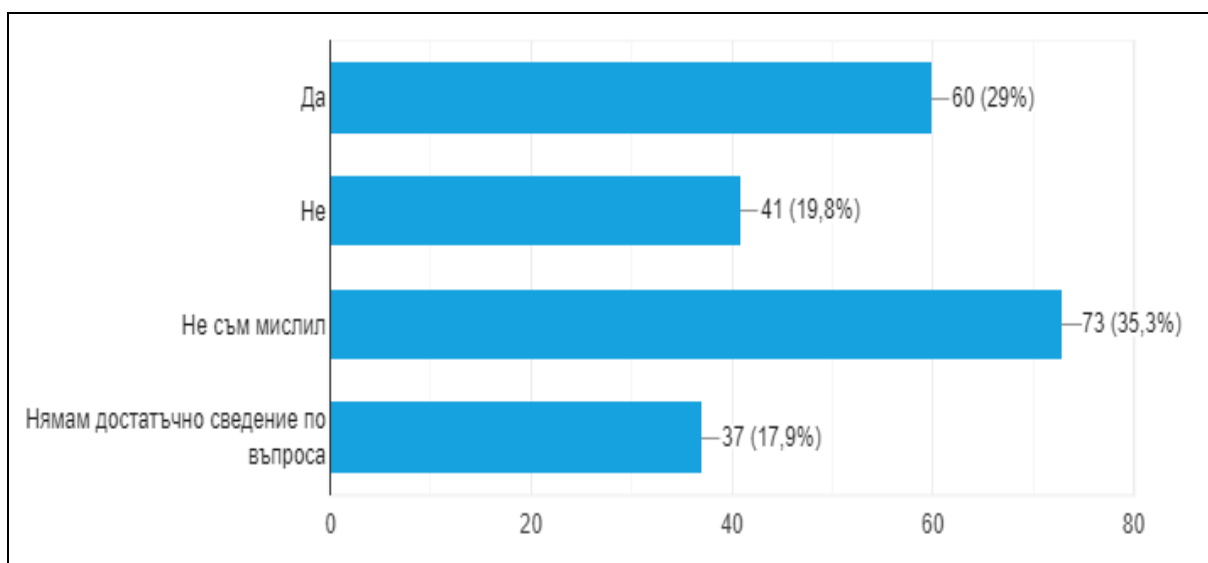


**Фиг. 23. Диаграма за отговорите на въпроса: Ако "Да", услугите на коя застрахователна компания ползвате?**

Притежателите на здравни застраховки заявяват, че застраховките им са в следните компании (Фиг.23) – 17,5 % в ЗАД АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ Живот, 14,4 % в ОЗОФ Доверие АД, 13,4% в ДЗИ ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ АД, 11,3% в ЗК УНИКА ЖИВОТ АД, 9,3% в ЗАД БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП, а 14,4 % притежават застраховка с друга компания различна от посочените в анкетата.

Интересен е фактът, че при отговор „Друга“, голяма част от цитираните компании не са застрахователни, а Пенсионно осигурителни дружества, което отново води до извода, че анкетираниите нямат ясна информация за това какво е доброволно здравно застраховане.

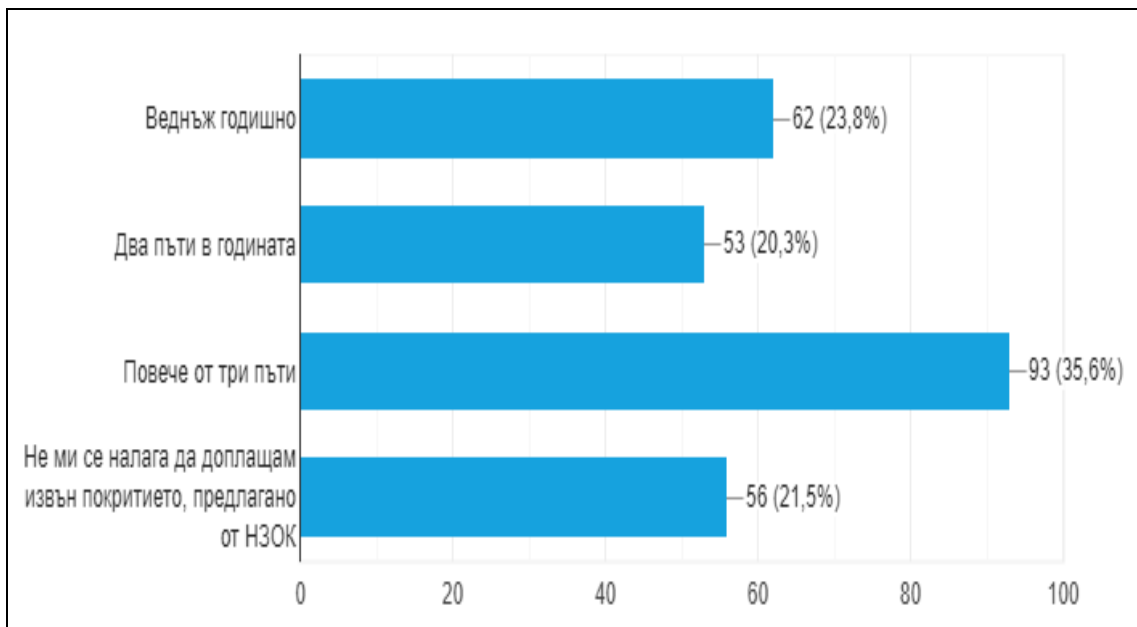
На въпроса „Бихте ли желали да сключите здравна застраховка?“ 29% отговарят положително, а 35,3 % не са мислили за сключването на такъв тип застраховка, 19,8 % не желаят, а 17,9% нямат достатъчно сведения. (Фиг. 24)



Фиг. 24. Диаграма за отговорите на въпроса: Ако нямате, бихте ли желали да сключите здравна застраховка?

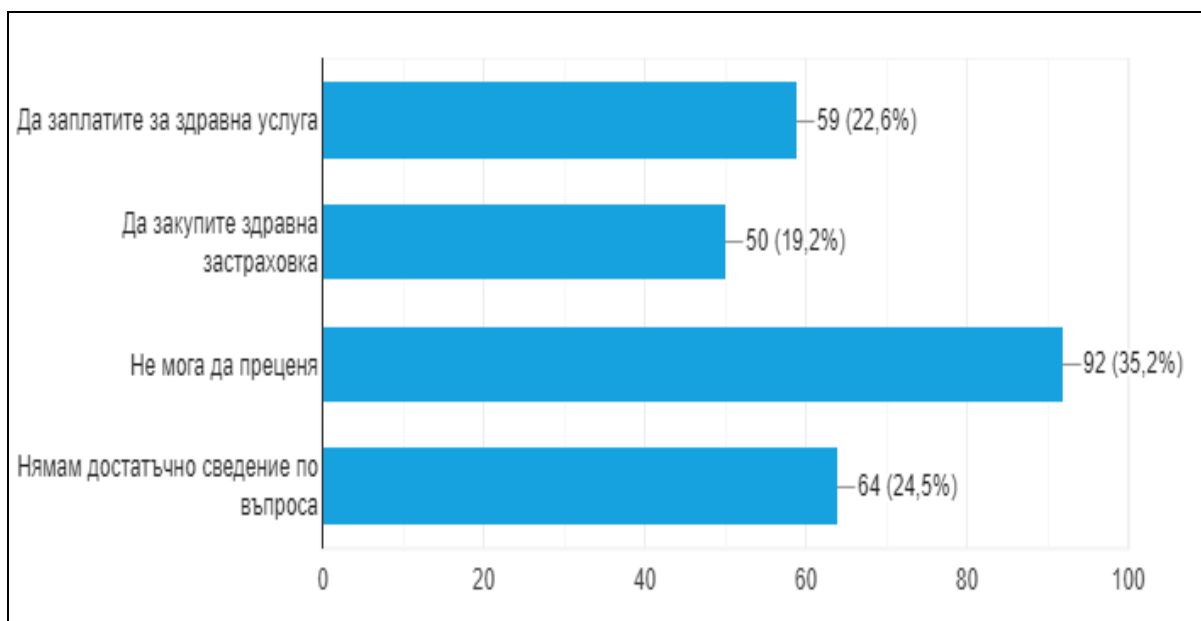
От анкетираниите 57% биха отделили до 25 лв. месечно за закупуването на допълнителна здравна застраховка, а 81 % биха включили и семейството си.

На въпросът „Колко често ви се налага да доплащате или заплащате за получените здравни услуги?“ 35.6% отговарят „повече от три пъти“, 23.8% заявяват, че плащат веднъж годишно, 20,3% два пъти за годината, а 21,5 % се възползват само от услугите предлагани от НЗОК. (Фиг.25)



**Фиг. 25. Диаграма за отговорите на въпроса: Колко често ви се налага да доплащате или заплащате за получените здравни услуги?**

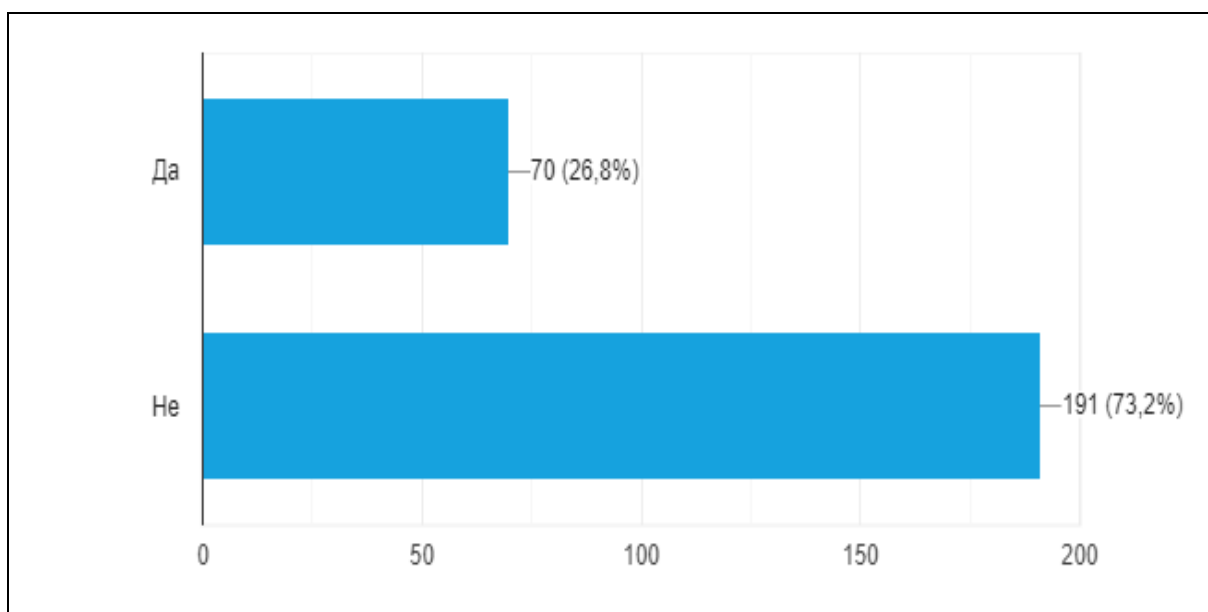
На въпросът „Кое е икономически по-изгодно за вас при нужда от здравни услуги извън общественото здравно осигуряване?“, 35,2 % от хората не могат да вземат точно решение, 24,5% нямат достатъчно информация, 22,6 % предпочитат да заплатят от джоба си, а само 19,2% предпочитат закупуването на доброволна здравна застраховка. (Фиг.26)



**Фиг. 26. Диаграма за отговорите на въпроса: Кое е икономически по-изгодно за вас при нужда от здравни услуги извън общественото здравно осигуряване?**

Над 57 % от анкетираните нямат представа кой предлага допълнителни здравни застраховки в България, а тези, които са отговорили с „Да“ посочват освен имената на застрахователни компании и такива на пенсионни фондове и застрахователни брокери.

Много малко от участвалите в проучването посочват, че са информирани относно данъчните облекчения, от които могат да се възползват като притежатели на доброволни здравни застраховки. Това са само 26,8% от анкетираните. (Фиг. 27)

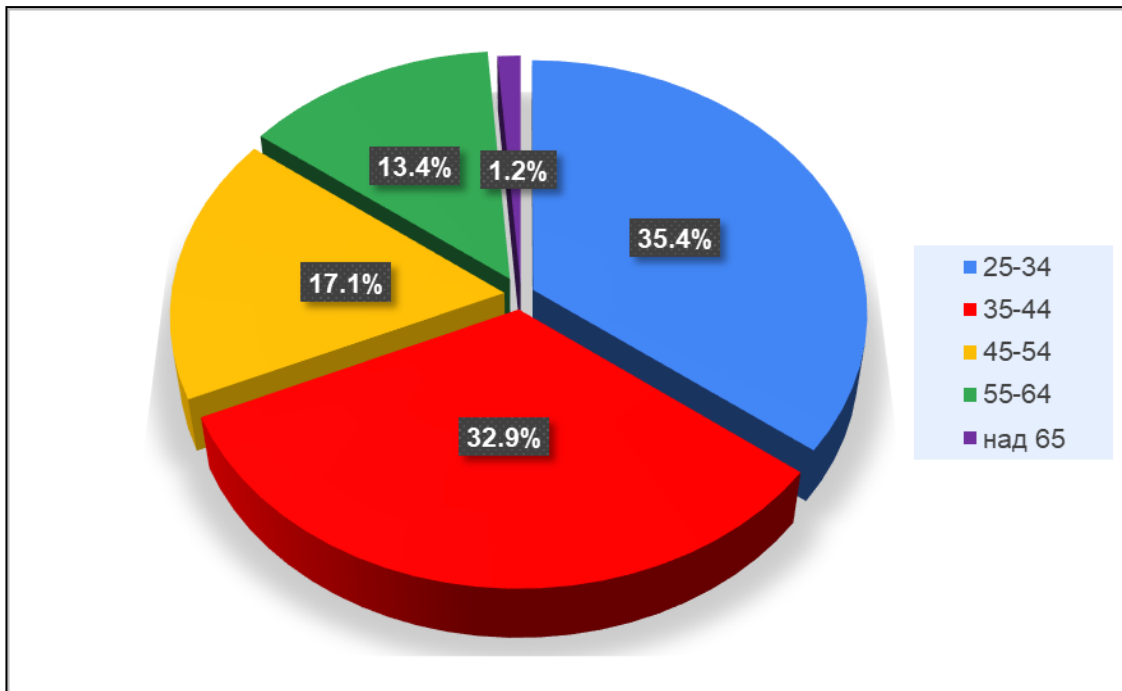


**Фиг. 27. Диаграма за отговорите на въпроса: Запознати ли сте, че ако притежавате допълнителна здравна застраховка може да имате до 10% данъчни облекчения на годишна база?**

Анализирани са следните връзки:

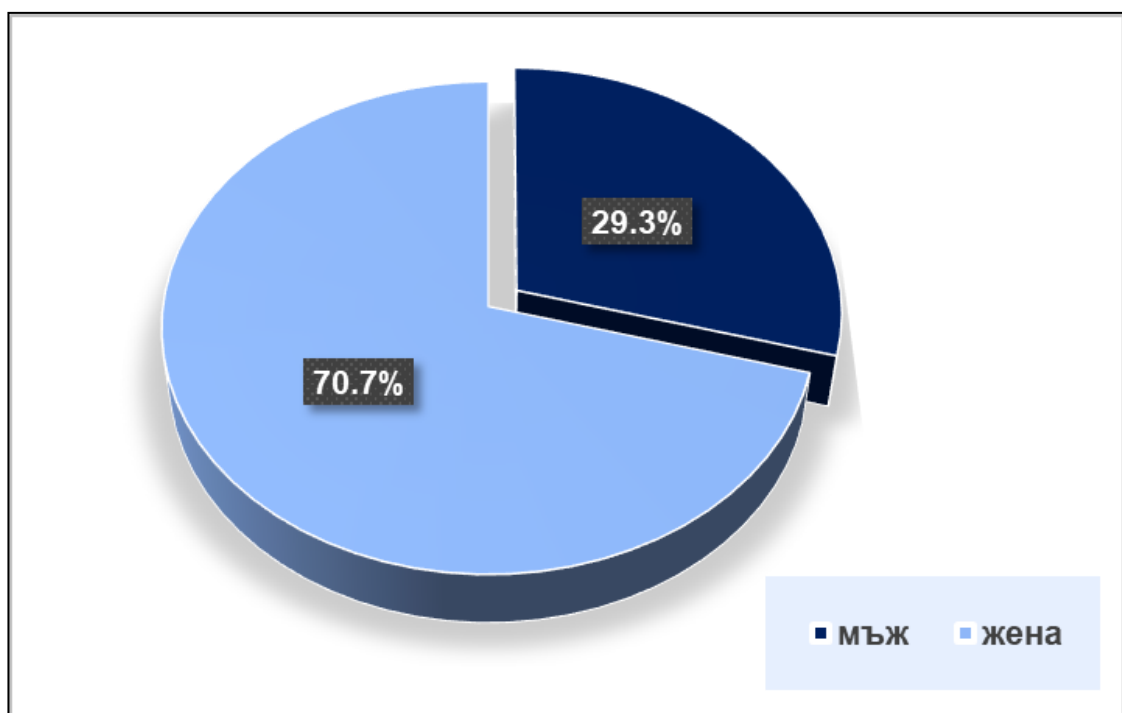
Проучено е разпределение на притежателите на доброволни здравни застраховки по възраст, пол, заетост, образование, и критерии за самоосигуряване.

Най-голям е делът на потребителите на доброволни здравни застраховки 35,4% във възрастовия диапазон 25 – 34 години, следван от 32,9% във възрастовия диапазон 35-44 години. (Фиг. 28)



Фиг. 28. Разпределение на притежателите на допълнителни здравни застраховки по възраст.

При разпределението по пол 29,3 % от притежателите са мъже и 70,7% са жени. (Фиг. 29)

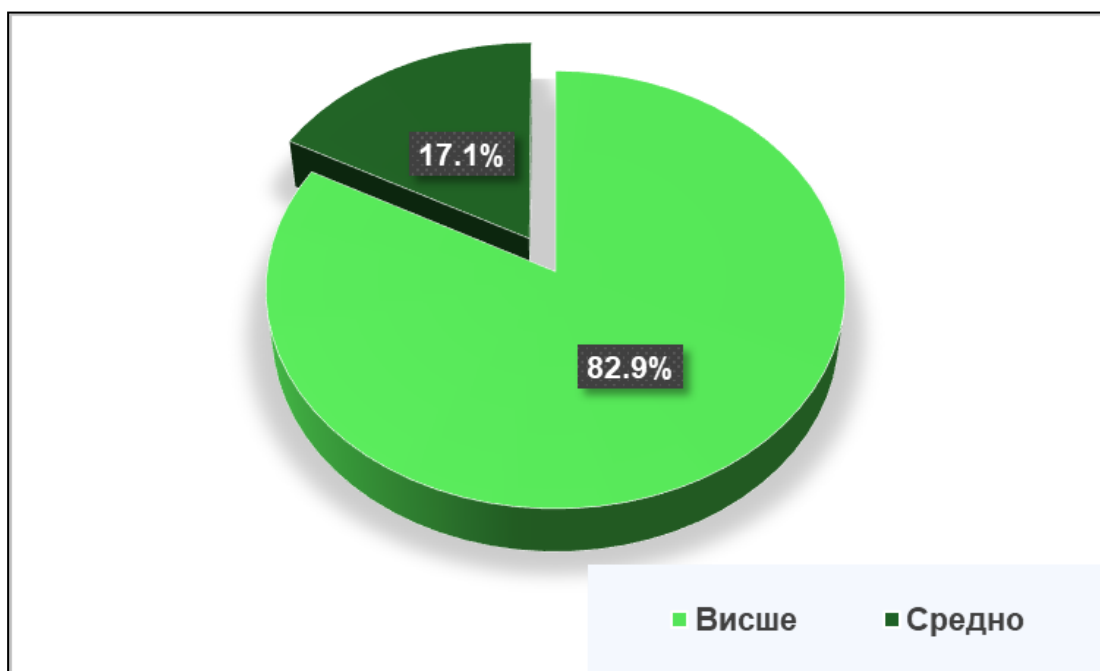


Фиг. 29. Разпределение на притежателите на допълнителни здравни застраховки по пол.

Данните сочат, че 53,7 % от служителите в частни фирми притежават доброволни застраховки, следвани от работещите в сферата на застраховането 18,3 %. Интересен е фактът, че притежателите на собствен бизнес са само 8.5%, докато процентът на държавните служители е 13,4%. (Фиг. 30)



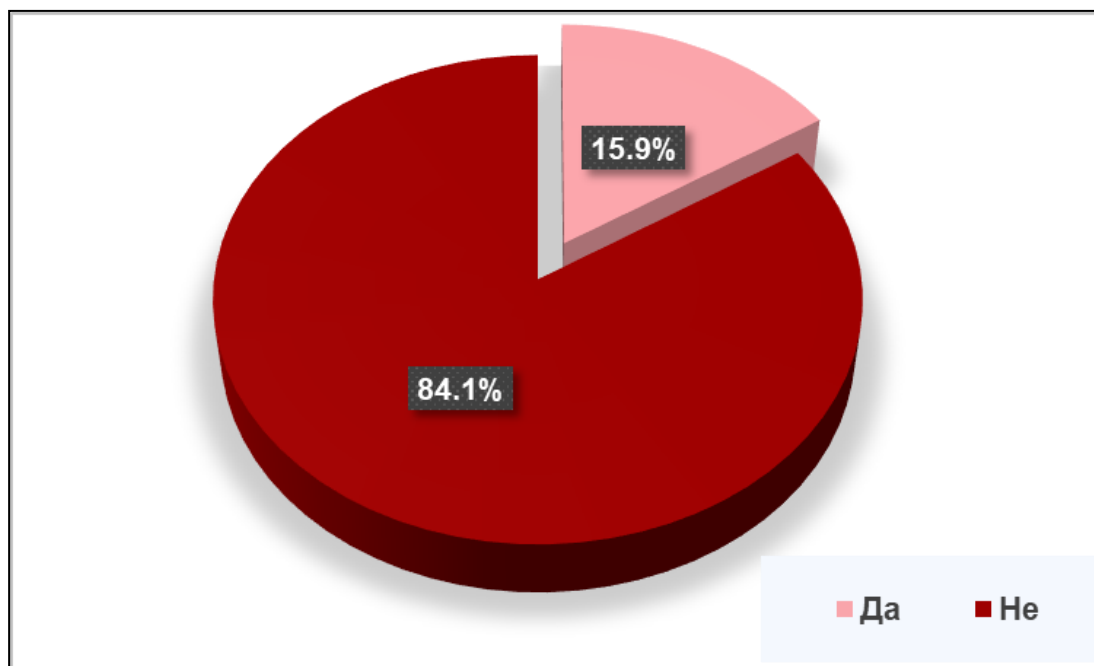
Фиг. 30. Разпределение на притежателите на допълнителни здравни застраховки по заетост



Фиг. 31 Разпределение на притежателите на допълнителни здравни застраховки по образование

Преобладават притежателите на здравни застраховки с висше образование – 82,9% от анкетиранияте. (Фиг. 31)

Само 15,9% от анкетиранияте са самоосигуряващи се лица, които притежават допълнителни здравни застраховки. (Фиг. 32)



Фиг. 32 Разпределение на притежателите на допълнителни здравни застраховки по критерии за самоосигуряване.

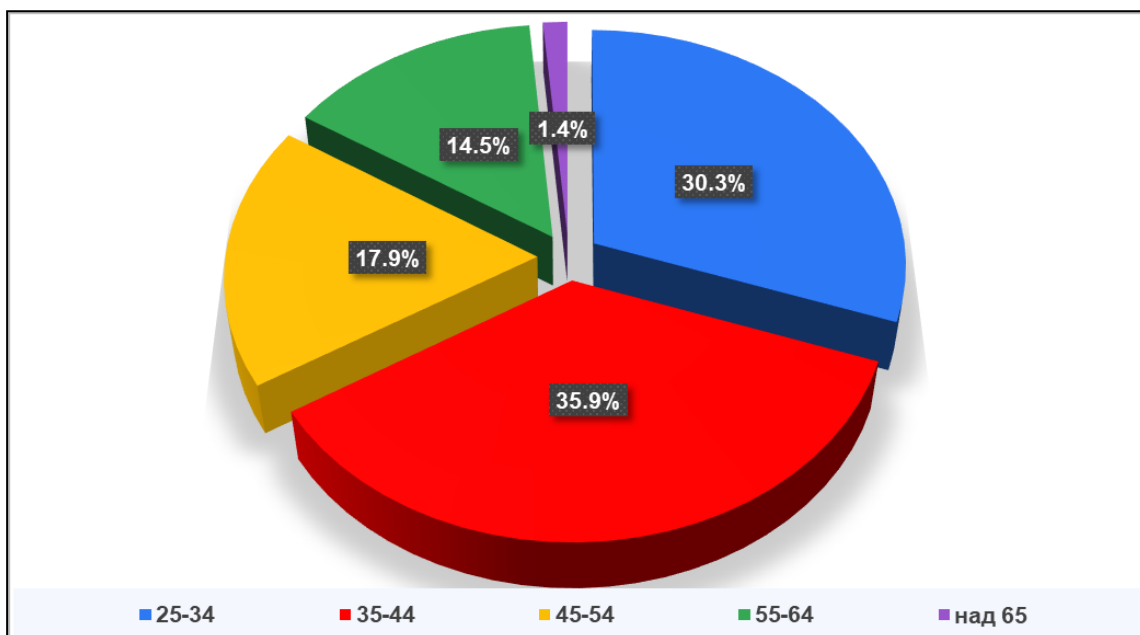
Може да се обобщи, че профилът на хората участвали в анкетата, които притежават доброволна здравна застраховка е следният – лица от женски пол, на възраст между 25 и 34 години, които имат висше образование и работят на трудов договор в частния сектор.

Разпределението на притежателите на здравни застраховки според отношението към предлаганите от НЗОК здравни грижи и услуги показва най-голям процент на недоволните – 59,8%, следвано от тези, които не могат да преценят дали получават достатъчно добри грижи и услуги – 32,9%. Може да се обобщи, че притежателите на доброволни здравни застраховки се отнасят негативно към предлаганото от задължителното здравно осигуряване. (Фиг. 33)



Фиг. 33. Разпределение на притежателите на ДЗЗ според удовлетвореността от качеството на здравното осигуряване, предлагано от НЗОК

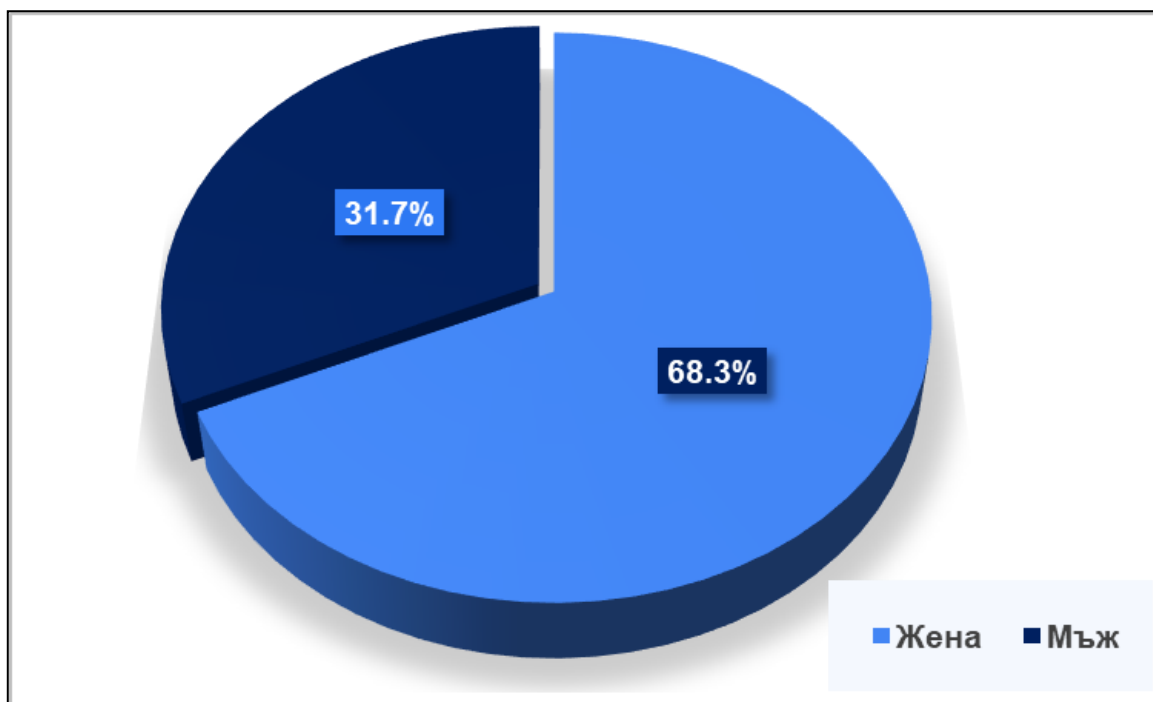
Анкетираните, които не са доволни от покритията, предлагани от НЗОК са разпределени по възраст, пол, заетост, образование, и критерии за самоосигуряване.



Фиг. 34. Разпределение на недоволните от покритието на НЗОК по възраст.

Най-голям е процентът на недоволните сред възрастовата група от 35 до 44 годишна възраст – 35,9%, следвани от по-младите между 25 и 34 години – 30,3%.(Фиг. 34)

В разделението по пол превес имат жените с 68,3% и 31,7% за мъжете. (Фиг. 35)



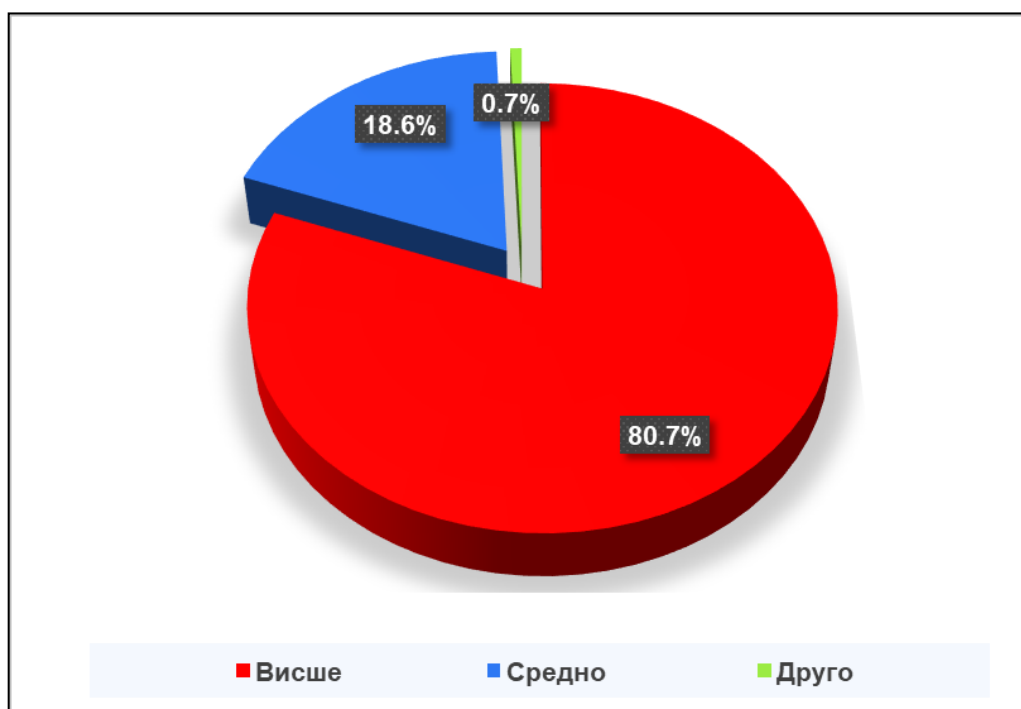
Фиг. 35. Разпределение на недоволните от покритието на НЗОК по пол.



Фиг. 36. Разпределение на недоволните от покритието на НЗОК по заетост

При професионалното разпределение 40,7 % от заетите в частния сектор са с негативна нагласа към предлаганото от НЗОК, следвани от държавните служители с 17,9 %. (Фиг. 36)

При образователния критерий 80,7 % от недоволните са с висше образование, 18,6% са със средно и 0,7 % - с друг тип образование. (Фиг. 37)



Фиг. 37. Разпределение на недоволните от покритието на НЗОК по образование.



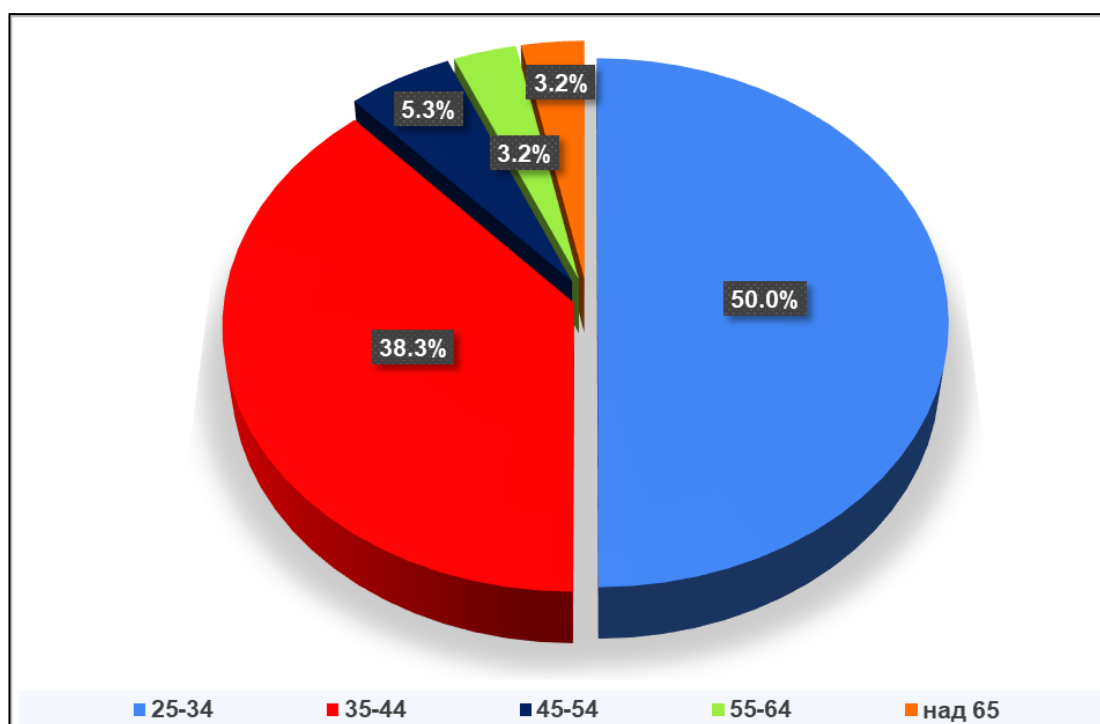
Фиг. 38. Разпределение на недоволните от покритието на НЗОК по критерий за самоосигуряване.

Само 16,6% от недоволните са самоосигуряващи се лица, останалите 83,4% имат трудово-правни взаимоотношения. (Фиг. 38)

Може да се обобщи, че профилът на недоволните от предлаганите покрития от НЗОК е следният – лица от женски пол на възраст между 35 и 44 години, с висше образование, работещи на трудов договор в частна фирма.

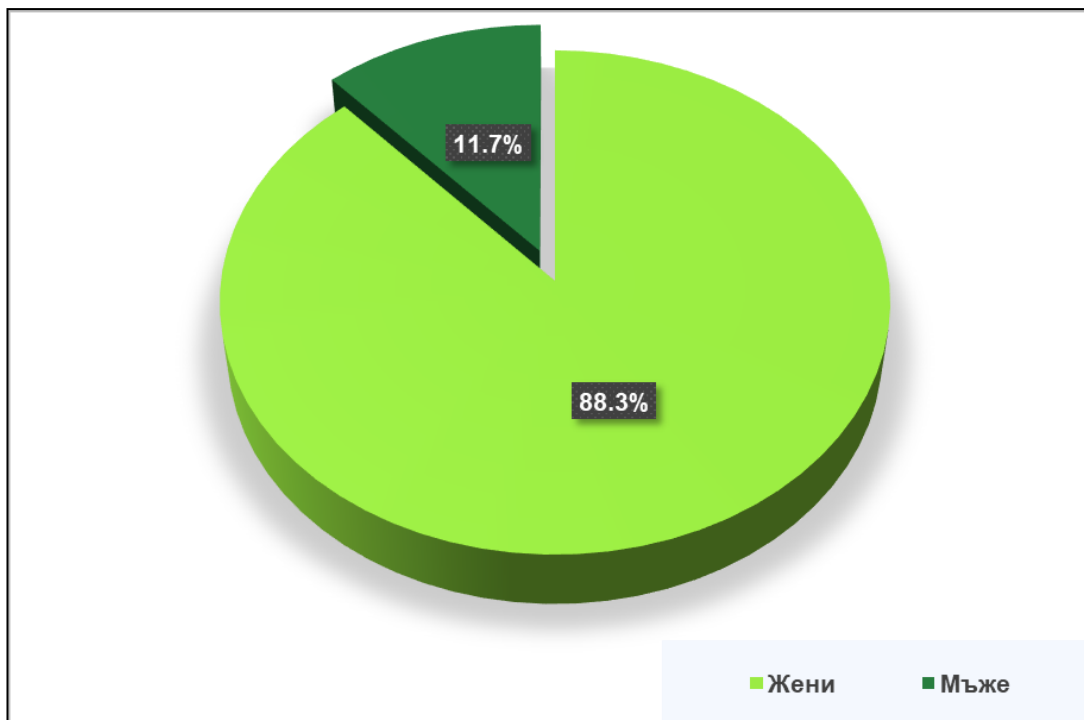
Извършено е разпределение на запознатите с покритията на доброволното здравно застраховане по възраст, пол, заетост, образование, и критерии за самоосигуряване.

Най-голям дял се наблюдава при хората в активна възраст: между 25 и 34 години (50%) и между 35 и 44 години (38,3%), следвани от тези на възраст между 45 и 54 години (5,3%).(Фиг. 39)



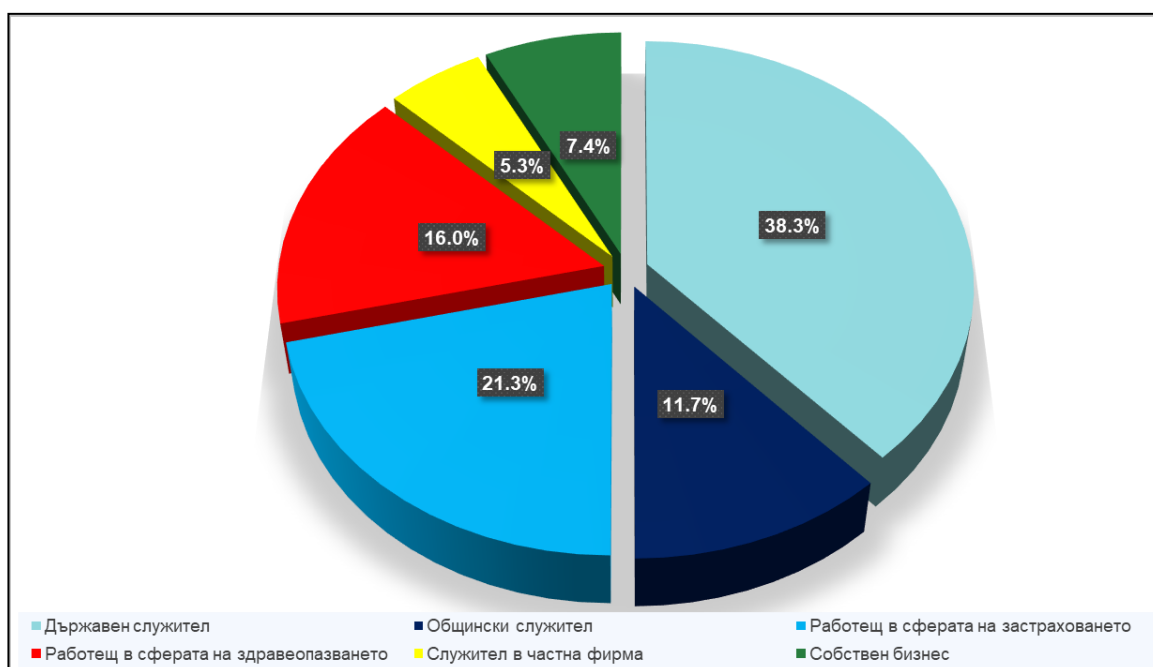
Фиг. 39. Разпределение на запознатите с покритията на доброволното здравно застраховане по възраст

При разпределението по пол се наблюдават следното разпределение – 11,7 % за мъжете и 88,3% за жените. (Фиг. 40)



**Фиг. 40** Разпределение на запознатите с покритията на доброволното здравно застраховане по пол.

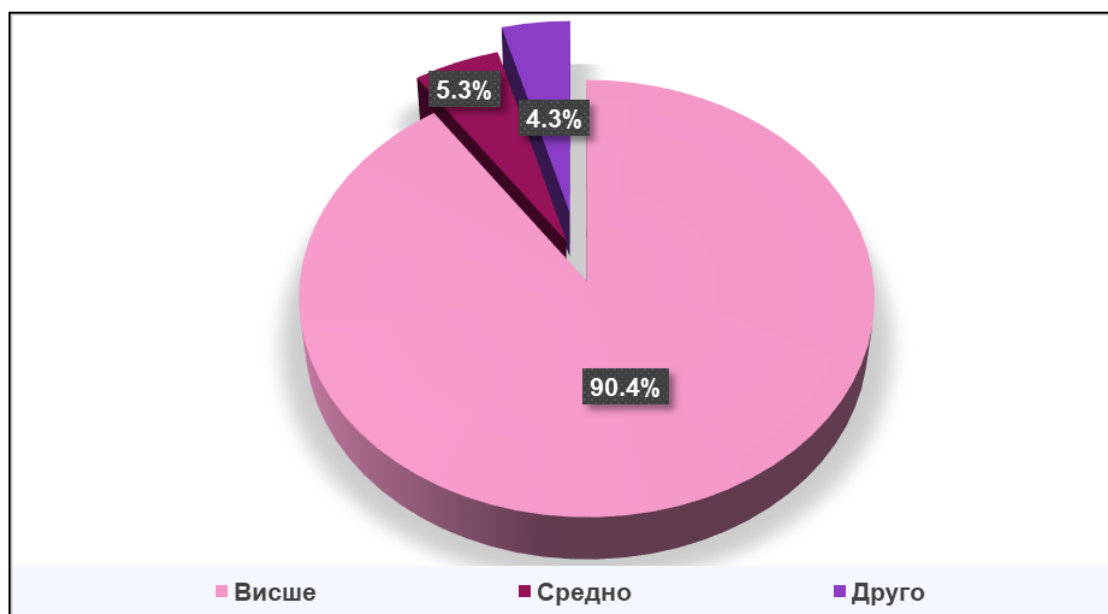
При разпределението по критерия заетост 38,3% са за заетите в държавния сектор, следвани от работещите в сферата на застраховането 21,3% и работещите в сферата на здравеопазването 16,0 %.(Фиг. 41)



**Фиг. 41.** Разпределение на запознатите с покритията на доброволното здравно застраховане по заетост.

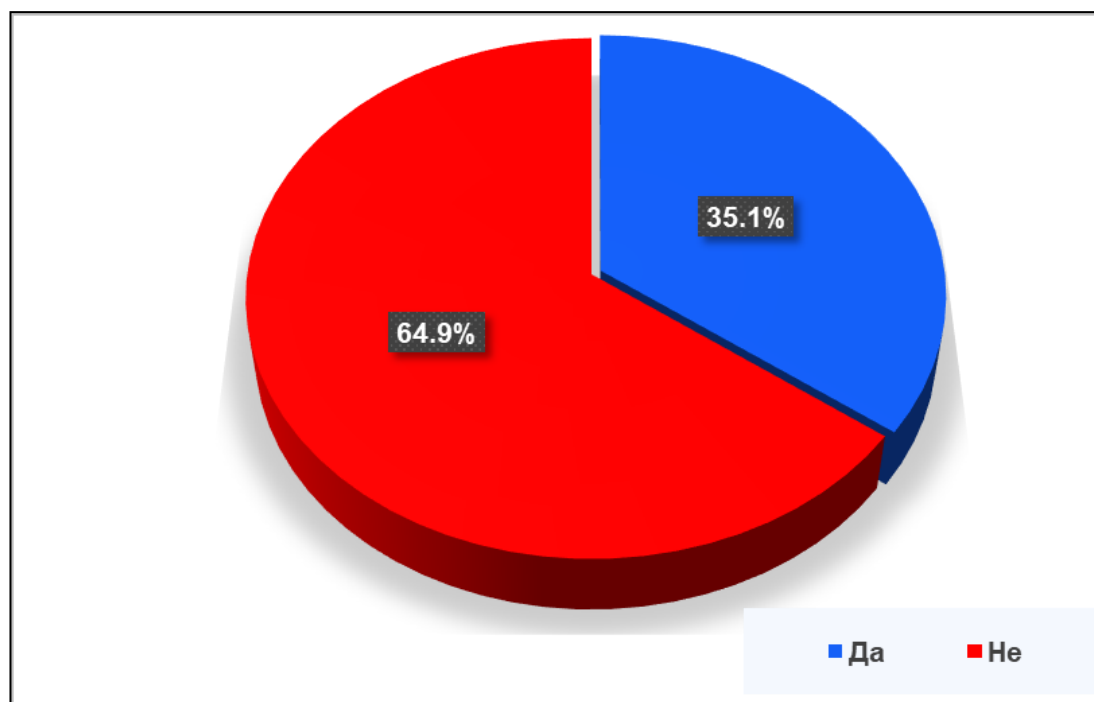
Образователният критерий сочи, че 90,4% от анкетираните, които познават покритията на доброволното здравно застраховане са с висше

образование. Почти в равни съотношения са другите две изследвани групи.  
(Фиг. 42)



Фиг. 42 Разпределение на запознатите с покритията на доброволното здравно застраховане по заетост.

Предлаганите покрития на доброволното здравно застраховане се познават от 35,1% от анкетираниите. (Фиг. 43)



Фиг. 43 Разпределение на запознатите с покритията на доброволното здравно застраховане по критерии за самоосигуряване.

Профилът на лицата, които познават предлаганите от доброволното здравно застраховане покрития е следния – лица от женски пол, на възраст между 35 и 44 години, с висше образование, работещи на трудов договор в частния сектор.

От проведеното проучване могат да бъдат направени следните изводи:

- притежателите на здравни застраховки са изключително малко, предимно млади хора, преобладават жените, с висше образование, работещи в частния сектор;
- много от притежателите на здравни застраховки не са доволни от покритията предлагани от задължителното здравно осигуряване;
- липсва достатъчно информация за това какво представлява доброволното здравно застраховане;
- липсва достатъчно информация за кой предлага доброволни здравни застраховки;

## ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ

#### Заключение

Както всяка една сфера, така и здравното осигуряване търпи динамично развитие. От голямо значение е при изграждането на една съвременна система за осигуряване, тя да е базирана на два и повече стълба (източника на финансиране). Бързината, с която се развива науката и в частност медицината и нарастващата нужда да се употребяват все по-нови и по-скъпи технологии, повишава и нуждата от повече финанси. Така се създава чувство за недостиг на средства и лошо обслужване.

Преодоляването на проблемите на финансиране на здравеопазването могат да се намерят чрез съчетаване на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане.

Задължителното здравно осигуряване в лицето на държавата предлага основен пакет от медицински услуги, който е широко достъпен за здравно осигурените лица. Доброволното здравно застраховане пък предлага освен основния пакет и допълнителни покрития, които позволяват на клиентите на застрахователните компании да се възползват по-лесно от висококвалифицирана здравна помощ. Към допълнителните пакети се включват и много социални и битови услуги, които спомагат за по-лесното протичане на лечението.

Системата на здравното осигуряване се нуждае и от двата стълба-задължително и доброволно. За да може да се вляят нови финанси в здравеопазването, което постоянно изпитва парични затруднения, би могло да се премине към тристълбов модел на здравно осигуряване, който подробно е разработен от Ц. Воденичаров.

Като технологии обвързани с финансовата страна на здравеопазването тези два стълба са в ръцете на управляващите. По този начин чрез прокарането на различни идеи, тяхната същина и въздействие

достига до много широк кръг от хора. А популяризирането на доброволното здравно застраховане и съзнаването на трайни традиции в използването му може да доведе до облекчаване на задължителния стълб и да влее нови средства в здравеопазването. Така чрез различни мерки може да се въздейства върху финансовото състояние на здравната система, а от там и върху здравното състояние на цялата нация.

## ИЗВОДИ

В резултат на проведените изследвания могат да бъдат направени следните изводи:

1. Доброволното здравно застраховане и задължителното здравно осигуряване предлагат, донякъде припокриващи се, но отговарящи на нуждите на пациентите, пакети от медицински услуги.
2. Доброволното здравно застраховане предлага по-пълна гама от социално-битови услуги и пакети за дентална помощ, но като цяло предоставяните здравни дейности не се различават коренно от тези, предлагани от НЗОК.
3. Средните премии за закупуване на доброволна здравна застраховка са по-ниски. По-високите годишни премии при задължителното здравно осигуряване отразяват растящите обществени разходи за здравеопазване.
4. Нивата на разпространение на доброволното здравно застраховане са много по-ниски в сравнение със здравното осигуряване.
5. Анализът на двете изследвани системи показва трояко обслужване на клиентите в задължителното осигуряване. Доброволното здравно застраховане взема превес с лесно и бързо обслужване на застрахованите лица.
6. Голяма част от хората не са доволни от задължителното здравно осигуряване, но не са запознати с предимствата на доброволното здравно застраховане.
7. Здравните застраховки са корпоративни, застраховани са основно млади хора с висше образование.

## **ПРЕПОРЪКИ**

Здравното осигуряване е най-важната част от политиката на една държава, защото то е насочено към отделния човек, към запазването на доброто здраве на народа, а това води до по-доброто развитие на самата държава. Ето защо добрите политически решения взети относно по отношение на здравноосигурителната система несъмнено водят до повишаване на ефективността на здравеопазването и се отразяват положително на цялото общество.

Въз основа на формулираните изводи могат да се направят следните препоръки за подобряване на системата за задължително здравно застраховане тази насока могат да се направят някои препоръки за подобряване на системата за здравно осигуряване:

### **Към НЗОК:**

1. Промени в алгоритъма на заплащане на лекарите и лечебните заведения.
2. Промени в заплащането на клиничните пътеки за постигане на по-голяма гъвкавост в тяхното прилагане.
3. Разработване на нов алгоритъм за заплащане на медицински услуги, предоставяни от личните лекари.
4. Ограничаване на броя пациенти, които обслужва един лекар.
5. Въвеждане на индивидуални лимити за използваните услуги.
6. Въвеждане на електронно пациентско досие.

### **Към Министерството на здравеопазването:**

7. Промени в нормативната уредба, за превръщане на здравното застраховане във втори стълб на здравноосигурителна система.
8. Предприемане на мерки за повишаване на информираността на населението за значението на здравното застраховане.

**Към застрахователните компании:**

9. Разработване на по-ниско бюджетни здравни планове, за осигуряване на по-достъпно здравно застраховане.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Борисов В., К. Юруков, П. Салчев. Социална медицина, ТМА, София, 1999
2. Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването, Филвест, С., 1997
3. Борисов, В. Здравен мениджмънт с основи на здравна политика, София, 2003 г.
4. Веков, Т., Христов, Г., Джамбазов, Сл. Оценка на здравните технологии. Бъдещето на здравната икономика. София, 2014 г.
5. Воденичаров Ц. 10-те принципа на медика и мениджъра, София, 2010 г.
6. Воденичаров Ц., Борисов В, Реалности на здравната реформа, С., Филвест, 2000
7. Воденичаров, Ц. Здравна политика, основана на доказателства. Здравна политика и мениджмънт, 2009 г.
8. Воденичаров, Ц., Борисов, В., Глутникова, З. Ново обществено здравеопазване, София, 1998 г.
9. Воденичаров, Ц., В.Борисов, Ст.Гладилов, К.Чамов, Д.Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2005,
10. Воденичаров, Ц., В.Борисов. Доброволното здравно осигуряване – стратегия на избора, София, 1999 г.
11. Воденичаров, Ц., Горненски, П., ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ В УСЛОВИЯ НА КРИЗА, ГОДИШНИК НА ФАКУЛТЕТА ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ 2015
12. Воденичаров, Ц., Иновации в общественото здравеопазване Реалности и предизвикателства, София, 2012 г.
13. Воденичаров, Ц., Попова, С., Медицинска етика, София, 2003 г.
14. Воденичаров, Ц., Попова, С., Мутафова, М., Шипковенска, Ел. Социална медицина, София, 2013 г..
15. Драганов, Х., Близнаков Йо., Застраховане – теория и организация, София, 2000 г
16. Драганов, Х., Застраховане, София, 2008 г
17. Закон за бюджета на държавното обществено осигуряване за 2021 г
18. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2013 г.
19. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2014 г.
20. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2015 г.
21. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2016 г.
22. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г.
23. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2018 г.
24. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2019 г.
25. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2020 г.

26. Закон за здравното осигуряване
27. Иванова, Ан. Източници и модели за финансиране на здравеопазването – специфика и ефективност при предоставяне на здравни услуги
28. Кереметчиева, М. Политика за семейството, УИ Стопанство, София, 1998 г.
29. Кодекс за застраховането
30. Наредба 2 от 2016 г.,
31. Наредба 3 от 2018 г.
32. НАРЕДБА № 10 от 24.03.2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 5, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели (Загл. изм. - ДВ, бр. 67 от 2011 г.) Наредба № 11 от 2015 г.,
33. НАРЕДБА № 38 за определяне на списъка на заболяванията, за чието домашно лечение Националната здравноосигурителна каса заплаща лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели напълно или частично (Загл. изм. - ДВ, бр. 102 от 2005 г.), вкл. последно изменение изм., бр. 32 от 5.05.2015 г.
34. НАРЕДБА № 39 ОТ 16 НОЕМВРИ 2004 Г. ЗА ПРОФИЛАКТИЧНИТЕ ПРЕГЛЕДИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯТА, Обнародване: ДВ, бр. 106 от 3 декември 2004 г.; в сила от 1.1.2005 г., Промени: - бр. 102 от 20 декември 2005 г.; в сила от 1 януари 2006 г.; Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (ДВ, бр. 102 от 2005 г.)
35. НАРЕДБА № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, вкл. последно изменение на ВАС на РБ - бр. 51 от 7.07.2015 г.
36. НАРЕДБА № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса
37. Национален рамков договор 2013 за медицинските дейности
38. Национален рамков договор 2014 за медицинските дейности
39. Национален рамков договор 2015 за медицинските дейности
40. Национален рамков договор 2016 за медицинските дейности
41. Национален рамков договор 2017 за медицинските дейности
42. Национален рамков договор 2018 за медицинските дейности
43. Национален рамков договор 2019 за медицинските дейности
44. Национален рамков договор за медицинските дейности 2020-2022
45. Общи условия ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД

- 46.Общи условия – ЗК УНИКА ЖИВОТ АД
- 47.Общи условия ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП
- 48.Приложение 1 към чл. 1 ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ; Приложение 1а към чл. 1 (Ново – ДВ, бр. 82 от 2021 г. ) ЗДРАВНИ ГРИЖИ, ОСЪЩЕСТВЯВАНИ В ДОМА ОТ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ, АКУШЕРКИ ИЛИ ЛЕКАРСКИ АСИСТЕНТИ
- 49.Приложение 2 към чл. 1 (Доп. – ДВ, бр. 38 от 2020 г., в сила от 24.04.2020 г.) СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ
- 50.Приложение № 17 „Клинични пътеки” към НРД
- 51.Славчев, П., Георгиева, Л., Принципи и практики в здравното и пенсионно осигуряване, София, 2008 г.
- 52.Стайков, К., & Георгиева, П. (18 декември 2018 г.). Модели за финансиране на здравеопазването: възможности за България. (И. з. икономика, Съставител) София.
- 53.Съботинова, Д., Теория и практика на здравното осигуряване
- 54.Указания и тарифи – ЗК УНИКА ЖИВОТ АД
- 55.Указания и тарифи ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД
- 56.Указания и тарифи ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП
- 57.Чамов К., Здравеопазване-системи. Реформата на здравеопазването в България - състояние и развитие, Здравна икономика, The University of York, ПУ “П.Хилендарски”, The British Council-София, Пловдив, Stovi & Lesitchovo, 2001
- 58.2020 Germany Insurance Outlook Trends and imperatives shaping the life and non-life markets
- 59.A SYSTEM OF HEALTH ACCOUNTS 2011 © OECD, EUROPEAN UNION, WORLD HEALTH ORGANIZATION I.7. CLASSIFICATION OF HEALTH CARE FINANCING SCHEMES (ICHA-HF)
- 60.A System of Health Accounts 2011© OECD, European Union, World Health Organization
- 61.Analysis of the insurance market in the Netherlands 2019,December 2020, kpmg.nl
- 62.Anna Sagan and Sarah Thomson Voluntary health insurance in Europe: role and regulation
- 63.Anna Sagan, Sarah Thomson, Voluntary health insurance in Europe Country experience
- 64.Annette Braunack-Mayer, School of Population Health and Clinical Practice, An Introduction to Ethics in HTA
- 65.Autorite de controle prudentiel et de resolution, ACPR (<https://acpr.banque-france.fr/>)
- 66.Bertrand Venard The French Insurance Market: Background and Trends

67. Between Beveridge and Bismarck - Options for health care financing in central and eastern Europe
68. Bismarck versus Beveridge: A comparison of social insurance systems in Europe  
<https://www.ifo.de/DocDL/dicereport408-db6.pdf>
69. Capacity Building for HTA Implementation in Middle-Income Countries: The Case of Hungary, journal homepage: [www.elsevier.com/locate/vhri](http://www.elsevier.com/locate/vhri)
70. Country Cooperation Strategy WHO – BELGIUM 2016-2022
71. Cross-national health care database utilization between Spain and France: results from the EPICHRONIC study assessing the prevalence of type 2 diabetes mellitus, *Clinical Epidemiology*
72. Does Health Insurance Make a Difference?, September 1992, Roger Herdman, Assistant Director, OTA, Health and Life Sciences Division, Clyde Behney, Health Program Manager, Denise Dougherty, Project Director, Heather Francese, Research Assistant
73. Enrique Bernal-Delgado, Sandra García-Armesto, Juan Oliva, Fernando Ignacio Sánchez Martínez, José Ramón Repullo, Luz María Peña-Longobardo, Manuel Ridaio-López, Cristina Hernández-Quevedo Health system review
74. Erich Schneider (Germany) “The Main Features of German Private Health Insurance”
75. European Commission Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability- Country Documents, Belgium Health Care & Long-Term Care Systems
76. European insurance: Preliminary figures 2020 June 2021, Insurance Europe
77. FRENCH INSURANCE FEDERATION – 2017 ANNUAL REPORT
78. GLOBAL INSURANCE MARKET REPORT 2019, This document is available on the IAIS website ([www.iaisweb.org](http://www.iaisweb.org))
79. GLOBAL INSURANCE MARKET TRENDS 2020
80. Healthcare systems — an international review: an overview Downloaded from [https://academic.oup.com/ndt/article/14/suppl\\_6/3/1829904](https://academic.oup.com/ndt/article/14/suppl_6/3/1829904)
81. INSURANCE IN PORTUGAL 2018 / 2019
82. INTRODUCTION TO THE BELGIAN HEALTH SYSTEM, LIEVEN DE RAEDT, FPS HEALTH, FOOD CHAIN SAFETY & ENVIRONMENT
83. Katarina Poturica Gerić, Nikolina Smajla, Ksenija Klasić, Analysis and Comparison of Health Insurance Systems in Croatia and Germany
84. Marcel Fink, ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare, Austria, 2018

85. Michael Fuchs, EUROPEAN CENTRE FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH, POLICY BRIEF 2019/13, Non-coverage by health insurance in Austria – empirical findings on prevalence and causes
86. Michiel Bijlsma, Arno Meijer and Victoria Shestalova Vertical relationships between health insurers and healthcare providers
87. Observations of Assuralia concerning The White Paper on Damages actions for breach of the EC antitrust rule
88. OECD, 2000, A System of Health Accounts
89. OECD, Eurostat, WHO (2011), A System of Health Accounts, OECD Publishing.
90. OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)
91. On Market Share Drivers in the Swiss Mandatory Health Insurance Sector Dalit Daily-Amir, Hansjörg Albrecher, Martin Bladt and Joël Wagner
92. Population coverage for health care (<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/524da6c0-en/index.html?itemId=/content/component/524da6c0-en>)
93. PORTUGAL Key characteristics of the insurance market
94. Private Voluntary Health Insurance in Development, Alexander S. Preker, Richard M. Scheffler, and Mark C. Bassett
95. Sarah Thomson, Anna Sagan, Elias Mossialos Private Health Insurance: History, Politics and Performance
96. SCORE for health data technical package: global report on health data systems and capacity, 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
97. Sophie Gerkens Sherry Merkur Belgium Health system review 2019
98. Sophie Gerkens Sherry Merkur Belgium Health system review 2020
99. State of Health in the EU Croatia Country Health Profile 2019
100. State of Health in the EU France Country Health Profile 2019
101. State of Health in the EU Portugal Country Health Profile 2017
102. State of Health in the EU Slovenia Country Health Profile 2017
103. State of Health in the EU Slovenia Country Health Profile 2019
104. Swiss Financial Market Supervisory Authority FINMA Insurance market report 2019
105. Swiss Financial Market Supervisory Authority FINMA Insurance market report 2019
106. The Austrian Health Care System Key Facts Updated edition 2019

107. Thomas Rice, Pauline Rosenau, Lynn Y. Unruh, Andrew J. Barnes Health Systems in Transition Vol. 22 No. 4 2020 United States Health system review
108. Thomson S, Mossialos E (2009). Private health insurance in the European Union.
109. Uwe Siebert, MD, MPH, MSc, ScD, Approaches to Economic Evaluation at German Agencies for HTA
110. Vončina, L., Arur, A., Dorčić, F., Pezelj-Duliba, D. 2018. "Universal Health Coverage in Croatia: Reforms to Revitalize Primary Health Care". Universal Health Care Coverage Series 29, World Bank Group, Washington, DC.
111. West Flanders connects with care Looking after each other.
112. [http://ec.europa.eu/health/technology\\_assessment/policy/index\\_bg.htm](http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/policy/index_bg.htm)
113. <http://www.fsc.bg/>
114. <http://www.mh.government.bg/bg/>
115. <http://www.nhif.bg/web/guest>
116. <http://www.nhif.bg/web/guest156/>
117. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336184/9789289055284-eng.pdf>
118. [https://brill.com/view/journals/ejhl/24/5/article-p591\\_591.xml?language=en](https://brill.com/view/journals/ejhl/24/5/article-p591_591.xml?language=en)
119. <https://business.gov.nl/regulation/health-care-insurance/>
120. <https://data.oecd.org/insurance/gross-insurance-premiums.htm>
121. <https://dzo.hzzo.hr/>
122. [https://ec.europa.eu/competition-policy/consumers/why-competition-policy-important-consumers\\_en](https://ec.europa.eu/competition-policy/consumers/why-competition-policy-important-consumers_en)
123. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1104&langId=en&intPageId=5045>
124. [https://english.elpais.com/elpais/2019/01/30/inenglish/1548867436\\_412675.html](https://english.elpais.com/elpais/2019/01/30/inenglish/1548867436_412675.html)
125. <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0831-z>
126. <https://freopp.org/belgium-health-system-profile-9-in-the-world-index-of-healthcare-innovation-7d63a1a06126>
127. <https://healthmanagement.org/c/hospital/issuearticle/the-portuguese-healthcare-system-1>
128. <https://hzzo.hr/en/croatian-health-care-system>
129. [https://infostat.nsi.bg/stat/pages/reports/result.jsf?x\\_2=601](https://infostat.nsi.bg/stat/pages/reports/result.jsf?x_2=601)
130. <https://iwcen.nl/results-of-health-care-survey-northern-netherlands/?cn-reloaded=1>
131. <https://khn.org/news/number-of-americans-withoutinsurance-rises-in-2018/>
132. <https://knoema.com/WBHNPS2018DEC/health-nutrition-and-population-statistics?tsId=1322410>

133. <https://lexins.bg/bg/zdravna-zastrahovka/p23.html>
134. <https://migracije.hr/health-insurance/?lang=en>
135. <https://mussalains.com/products/voluntary-health-care/>
136. <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>
137. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
138. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>
139. <https://visaguide.world/international-health-insurance/us/>
140. <https://www.alchealth.com/portugal.htm>
141. <https://www.asf.com.pt/NR/exeres/303AF9CD-C448-4BCB-8E12-4625E1587A72.htm>
142. <https://www.asf.com.pt/NR/exeres/B9342047-9010-4D89-B7C9-B79856DB99DE.htm>
143. <https://www.atlas-mag.net/en/article/french-insurance-market>
144. <https://www.atlas-mag.net/en/article/french-insurance-market-results-2019>
145. <https://www.bulstradlife.bg/categories/za-firmata-mi-doplnitelno-zdravno-osiguryavane>
146. <https://www.cambridge.org/core/books/private-health-insurance/private-health-insurance-in-the-netherlands/EAA48B4EFE1D9851A9EA426A8B01BA07/core-reader>
147. [https://www.capital.bg/specialni\\_izdaniia/zdrave/2019/06/01/3910358\\_nasoki\\_za\\_nova\\_viziia\\_na\\_bulgarskoto\\_zdraveopazvane/](https://www.capital.bg/specialni_izdaniia/zdrave/2019/06/01/3910358_nasoki_za_nova_viziia_na_bulgarskoto_zdraveopazvane/)
148. <https://www.ch.ch/en/health-insurance/>
149. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>
150. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>
151. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/switzerland>
152. <https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/vertical-relationships-between-health-insurers-and-healthcare-providers.pdf>
153. [https://www.dzi.bg/individual-clients/individual-health-en/good-health?gclid=Cj0KCQjwlOmLBhCHARIsAGiJg7m5Xf5TEc6sm3e9S55zLjP9snC13G7VxyGhBuyOLODpbahDG0ru0CcaAhcGEALw\\_wcB](https://www.dzi.bg/individual-clients/individual-health-en/good-health?gclid=Cj0KCQjwlOmLBhCHARIsAGiJg7m5Xf5TEc6sm3e9S55zLjP9snC13G7VxyGhBuyOLODpbahDG0ru0CcaAhcGEALw_wcB)
154. <https://www.etui.org/sites/default/files/Mondialisationbg2006.pdf>

155. <https://www.euro.who.int/en/countries/france>
156. <https://www.expatica.com/be/healthcare/healthcare-basics/health-insurance-in-belgium-445867/#private>
157. <https://www.expatica.com/be/healthcare/healthcare-basics/the-belgian-healthcare-system-100097/>
158. <https://www.expatica.com/ch/healthcare/healthcare-basics/a-guide-to-swiss-health-insurance-693473/>
159. <https://www.expatica.com/es/healthcare/healthcare-basics/healthcare-in-spain-101467/>
160. <https://www.expatica.com/fr/healthcare/healthcare-basics/guide-to-health-insurance-in-france-108848/#private>
161. <https://www.expatica.com/pt/healthcare/healthcare-basics/health-insurance-in-portugal-105298/#private>
162. <https://www.fma.gv.at/en/insurance/queries/insurance-statistics/>
163. <https://www.gtai.de/gtai-en/invest/industries/life-sciences/healthcare-market-65626#73922>
164. <https://www.hanfa.hr/insurance-market/>
165. <https://www.healthforcalifornia.com/obamacare/explained>
166. <https://www.healthinsurance.org/obamacare/>
167. [https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/ilo-in-history/WCMS\\_120043/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/ilo-in-history/WCMS_120043/lang--en/index.htm)
168. <https://www.insubuy.com/croatia-expatriate-health-insurance/>
169. <https://www.intechopen.com/chapters/54168>
170. <https://www.mapfre.com/en/mapfreeconomics/sector-information/spanish-insurance-market/>
171. <https://www.mordorintelligence.com/industry-reports/life-and-non-life-insurance-market-in-spain---growth-trends-and-forecast-2020---2025>
172. <https://www.nap.bg/>
173. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7149836>
174. <https://www.nssi.bg/>
175. <https://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf> Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?
176. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/524da6c0-en/index.html?itemId=/content/component/524da6c0-en>
177. <https://www.pacificprime.com/country/europe/health-insurance-in-portugal/>

178. [https://www.pnhp.org/single\\_payer\\_resources/health\\_care\\_systems\\_four\\_basic\\_models.pdf](https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.pdf)
179. <https://www.stat.si/StatWeb/en/News/Index/8951>
180. <https://www.svv.ch/en/sia/sia-publications/facts-and-figures/facts-and-figures/swiss-insurance-market>
181. <https://www.uehp.eu/corners/adse-makes-its-relationship-with-private-hospitals-in-portugal-unsustainable/>
182. <https://www.uniqa.bg/za-teb/zdrave-i-zhivot/zdravna-zastrahovka-za-bulgaria-uniqa-za-nasheto-zdrave/>
183. <https://www.usa.gov/health-insurance>
184. <https://www.verawholehealth.com/blog/global-healthcare-4-major-national-models-and-how-they-work>
185. [https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/MB-Krankheitskosten.html/\\$file/KV-MusterAVB\\_Sept\\_2016.pdf](https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/MB-Krankheitskosten.html/$file/KV-MusterAVB_Sept_2016.pdf)
186. <https://www.wien.gv.at/english/health-socialservices/insurance/index.html>
187. <https://www.xprimm.com/Croatia-2,10,16.htm>
188. <https://www.zzzs.si/en/>
189. <https://www2.deloitte.com/ch/en/pages/financial-services/articles/swiss-insurance-consumer-report.html>
190. <https://xn--d1agv.com/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F/>
191. [www.mdpi.com/journal/risks](http://www.mdpi.com/journal/risks)
192. [www.obamawhitehouse.archives.gov/the-record/health-care](http://www.obamawhitehouse.archives.gov/the-record/health-care)

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

### Пакетни покрития за болнична лечение

Приложение 1. Пакетни покрития за болнична лечение								
ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД		ЗК УНИКА Живот АД			ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП			НЗОК
Стандартен	Луксозен	Стандарт	Комфорт	Престиж	Стандарт	Оптимум	Лукс	За всички ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права
Хоспитализация в болнично лечебно заведение								Хоспитализираните лица заплащат престой до десетия ден, за следващите дни не се дължи такса
До 15 дни годишно	До 30 дни годишно							
Приемане и настаняване на болен		Приемане и настаняване на болен			Приемане и настаняване на болен			Приемане и настаняване на болен
В стая с три и повече легла		В стая с три и повече легла	В стая с три и повече легла	В стая с три и повече легла		В стая с две легла	В стая с едно легло	
	В стая с две легла		В стая с две легла	В стая с две легла				
	В стая с едно легло			В стая с едно легло				
Прием в стационарни отделения		Прием в стационарни отделения			Прием в стационарни отделения			Прием в стационарни отделения
ОАРИЛ и отделения за интензивно лечение	ОАРИЛ и отделения за интензивно лечение	ОАРИЛ и отделения за интензивно лечение	ОАРИЛ и отделения за интензивно лечение	ОАРИЛ и отделения за интензивно лечение	ОАРИЛ и отделения за интензивно лечение	ОАРИЛ и отделения за интензивно лечение	ОАРИЛ и отделения за интензивно лечение	Прием на пациенти може да бъде осъществен по необходимата клинична пътека, във всяко отделение, което отговаря на изискваната за това и има сключен договор с НЗОК
Терапевтично	Терапевтично				Върешни болести	Върешни болести	Върешни болести	
Хирургично	Хирургично	Хирургично	Хирургично	Хирургично		Хирургично	Хирургично	
Гинекологично	Гинекологично		Гинекологично	Гинекологично		Гинекологично	Гинекологично	
Неврологично	Неврологично	Неврологично	Неврологично	Неврологично		Неврологично	Неврологично	
Педиатрично	Педиатрично	Педиатрично	Педиатрично	Педиатрично	Педиатрично	Педиатрично	Педиатрично	
Офталмология	Офталмология	Офталмология	Офталмология	Офталмология		Офталмология	Офталмология	
Оторинологично	Оторинологично	Оторинологично	Оторинологично	Оторинологично		Оторинологично	Оторинологично	
Пневмофтизиатрия	Пневмофтизиатрия							
	Физиотерапевтично							
Кардиология	Кардиология	Кардиология	Кардиология	Кардиология				
Пулмология	Пулмология	Пулмология	Пулмология	Пулмология				
Гастроентерология	Гастроентерология	Гастроентерология	Гастроентерология	Гастроентерология				
Ендокринология	Ендокринология	Ендокринология	Ендокринология	Ендокринология				
Ортопедия	Ортопедия	Ортопедия	Ортопедия	Ортопедия			Ортопедия	
Урология	Урология	Урология	Урология	Урология		Урология	Урология	
	Алергология							
Нефрология	Нефрология	Нефрология	Нефрология	Нефрология				
Ревматология	Ревматология	Ревматология	Ревматология	Ревматология				
Травматология	Травматология	Травматология	Травматология	Травматология			Травматология	
	Съдова хирургия		Съдова хирургия	Съдова хирургия		Съдова хирургия	Съдова хирургия	
Инфекционно отделение	Инфекционно отделение		Инфекционно отделение	Инфекционно отделение		Инфекционно отделение	Инфекционно отделение	
	Други		Токсикология	Токсикология		Токсикология	Токсикология	

	отделения							
				Хематология и онкология				Изгаряния
				Неврохирургия				Неврохирургия
				Кардиохирургия				Кардиохирургия
			Лапароскопска хирургия	Лапароскопска хирургия				Лапароскопска хирургия
				Миниинвазивна хирургия				Миниинвазивна хирургия
Преглед и назначаване на лечение		Преглед и назначаване на лечение			Преглед и назначаване на лечение			Преглед и назначаване на лечение
От дежурен или лекуващ лекар	От завеждащ отделение (клиника)	От дежурен или лекуващ лекар	От дежурен или лекуващ лекар	От дежурен или лекуващ лекар	От дежурен или лекуващ лекар	От дежурен или лекуващ лекар	От дежурен или лекуващ лекар	От дежурен или лекуващ лекар
	От хабилитирано лице		От лекуващ лекар по избор	От лекуващ лекар по избор		От лекуващ лекар по избор	От лекуващ лекар по избор	
				От завеждащ отделение (клиника)				
Клинико-лабораторни изследвания		Клинико-лабораторни и инструментални изследвания в обема включен в алгоритъма на клиничната пътека			Клинико-лабораторни и инструментални изследвания в обема включен в алгоритъма на клиничната пътека			Клинико-лабораторни и инструментални изследвания в обема включен в алгоритъма на клиничната пътека
Биохимични - холестерол, триглицериди	Биохимични - холестерол, триглицериди							
Хематологични	Хематологични							
Креатенин	Креатенин							
Цитологични	Цитологични							
	Имунохематологични							
Микробиологични	Микробиологични							
	Хормонални							
	Вирусологични							
	Туморни маркери - до два пъти в застрахователната година							
	Имунологични							
Ензими	Ензими							
Хемостазни	Хемостазни							
Серологични	Серологични							
Изследване на урина	Изследване на урина							
	Други							
Морфологични изследвания - по лекарско назначение								
Хистологични	Хистологични							
Цитологични	Цитологични							
Клинико-инструментални изследвания								
Функционални изследвания								
ЕКГ	ЕКГ							
	ЕЕГ							
ЕМГ	ЕМГ							
	Холтер мониторинг на ЕКГ и кръвно налягане							
Велоергометрия	Велоергометрия							

ФИД	ФИД							
Доплер	Доплер							
Аудиометрия	Аудиометрия							
	Периметрия							
	Флуоресцеинов а ангиография на съдовете на окоото							
	Други							
Образна диагностика без контраст								
Ултразвукови (ехографски) изследвания	Ултразвукови (ехографски) изследвания							
Рентгенови изследвания	Рентгенови изследвания							
Компютъртомог рафия	Компютъртом ография							
	Ангиография, магнитно- резонанса томография, радиоизотопн и изследвания							
	Ендоскопски изследвания (с и без биопсия)							
Гастроскопия	Гастроскопия							
	Колпоскопия							
	Фиброколонос кипия							
	Коронарограф ия							
	Инвазивни изследвания							
	Други							
	Кожно- алергично тестуване							
Лечение		Лечение			Лечение			Лечение
Медикаментозн о	Медикаментоз но	медикаменто зно	медикаментоз но	медикаментозн о	медикаменто зно	медикаментоз но	медикаментоз но	НЗОК заплаща само медицинските продукти и лекарствени средства разписани в алгоритъма на съответната клинична пътека
	Хормонално			хормонално			хормонално	
	Диетолечение			диетолечение			диетолечение	
	Физиотерапия, рехабилитация		Физиотерапия, рехабилитация	Физиотерапия, рехабилитация		Физиотерапия, рехабилитация	Физиотерапия, рехабилитация	
				имунотерапия			имунотерапия	
Хирургически интервенции, без избор на екип		Хирургически интервенции			Хирургически интервенции			Хирургически интервенции
С малка сложност	С малка сложност	С малка сложност	С малка сложност	С малка сложност		С малка сложност	С малка сложност	С малка сложност
Със средна сложност	Със средна сложност		Със средна сложност	Със средна сложност			Със средна сложност	Със средна сложност
С голяма сложност	С голяма сложност			С голяма сложност			С голяма сложност	С голяма сложност
Скъпоструващи консумативи които НЗОК не заплаща или заплаща частично								

Възстановява разходи на 50% от заплатените от застрахованото лице, но не повече от 1 000 лв. за годишен застрахователен период	Възстановява разходи на 70% от заплатените от застрахованото лице, но не повече от 2 000 лв. за годишен застрахователен период		медицински консумативи и импланти – с подлимит за всяка застраховател на година 500 лв.	медицински консумативи и импланти – с подлимит за всяка застрахователна година 2 000 лв.		медицински консумативи и импланти – с подлимит за всяка застраховател на година 500 лв.	медицински консумативи и импланти – с подлимит за всяка застраховател на година 500 лв.	
		Визитация и наблюдение от:			Визитация и наблюдение от:			Визитация и наблюдение от:
		лекуващ лекар – ежедневно	лекуващ лекар – ежедневно	лекуващ лекар – ежедневно	лекуващ лекар – ежедневно	лекуващ лекар – ежедневно	лекуващ лекар – ежедневно	Дежурен лекар
			завеждащ отделение – до 2 пъти седмично	завеждащ отделение – до 2 пъти седмично		завеждащ отделение – до 2 пъти седмично	завеждащ отделение – до 2 пъти седмично	
				хабилитирано лице – 1 път седмично			хабилитирано лице – 1 път седмично	
		Консултации във връзка заболяването и лечението с						
		лекар специалист от лечебното заведение	лекар специалист от лечебното заведение	лекар специалист от лечебното заведение				
			с хабилитиран специалист от същото лечебно заведение	с хабилитиран специалист от същото лечебно заведение				
				с хабилитиран специалист от друго лечебно заведение – една консултация за болничен престой				
			Избор на лекуващ/хирургически екип	Избор на лекуващ/хирургически екип				
				Разходи за придружаващо лице				
<b>Бременност и раждане</b>								
			Медицински прегледи за проследяване на бременността	Медицински прегледи за проследяване на бременността		Медицински прегледи за проследяване на бременността	Медицински прегледи за проследяване на бременността и УЗИ	Медицински прегледи за проследяване на бременността и УЗИ до 2 пъти през бременността и 2 допълнителни за високорискова бременност
			Медицински изследвания - посявки, лабораторни анализи на кръвта и урината, биохимични изследвания за проследяване на бременността, назначени от наблюдаващия гинеколог	Медицински изследвания - посявки, лабораторни анализи на кръвта и урината, биохимични изследвания за проследяване на бременността, назначени от наблюдаващия гинеколог		Медицински изследвания - посявки, лабораторни анализи на кръвта и урината, биохимични изследвания за проследяване на бременността, назначени от наблюдаващия гинеколог	Медицински изследвания - посявки, лабораторни анализи на кръвта и урината, биохимични изследвания за проследяване на бременността, назначени от наблюдаващия гинеколог	Медицински изследвания - посявки, лабораторни анализи на кръвта и урината, биохимични изследвания за проследяване на бременността, назначени от наблюдаващия гинеколог

			Наблюдение на развитието на плода с ехограф	Наблюдение на развитието на плода с ехограф		Наблюдение на развитието на плода с ехограф	Наблюдение на развитието на плода с ехограф	
			Морфологичен преглед на плода с 2 D доплер	Морфологичен преглед на плода с 2 D доплер		Морфологичен преглед на плода с 2 D доплер	Морфологичен преглед на плода с 2 D доплер	
				изследване с ехограф 3 D и 4 D един път по време на бременността			изследване с ехограф 3 D и 4 D един път по време на бременността	
				Биохимичен скрининг и пренатална диагностика на плода за хромозомни аномалии по медицински показания назначени от наблюдаващия гинеколог			Биохимичен скрининг и пренатална диагностика на плода за хромозомни аномалии по медицински показания назначени от наблюдаващия гинеколог	Биохимичен скрининг и пренатална диагностика на плода за хромозомни аномалии по медицински показания назначени от наблюдаващия гинеколог само за лица над 35 годишна възраст
			Подлимит, към лимита за извънболнично лечение, на отговорност за едно лице за всяка застраховател на година 300 лв.	Подлимит, към лимита за извънболнично лечение, на отговорност за едно лице за всяка застрахователна година 1 000 лв.				
			Секция „Раждане“					
			Хоспитализиране в родилно отделение					
			• в стая с две и повече легла	• в стая с едно легло				
			Избор на екип	Избор на екип				
			Медикаменти, анестезиологични средства, консумативи и хигиено-санитарни материали използвани по време на раждането и възстановителния период в рамките на хоспитализацията	Медикаменти, анестезиологични средства, консумативи и хигиено-санитарни материали използвани по време на раждането и възстановителния период в рамките на хоспитализацията				НЗОК заплаща раждането независимо от начина, по който то ще се извърши – по нормален път или чрез Цезарово сечение. Начинът на родоразрешение се определя от АГ-специалиста. За раждане чрез Цезарово сечение съществуват определени медицински индикации. В клиничните пътеки са включени всички процедури, медикаменти и необходими консумативи. Ако АГ-специалистът прецени, че е наложително секцио, бременната жена няма да заплати интервенцията, но
			Цезарово сечение по медицински показатели	Цезарово сечение по медицински показатели				
			Цезарово сечение по желание	Цезарово сечение по желание				
			Подлимит, към лимита за болнично лечение, на отговорност за едно лице за всяка застраховател на година* 500 лв.	Подлимит, към лимита за болнично лечение, на отговорност за едно лице за всяка застрахователна година* 2 500 лв.				

								ако сама избере този метод, за да роди детето си, тя трябва да заплати. Извън дейностите, които заплаща НЗОК, лечебните заведения трябва да имат изготвен ценоразпис, поставен на видно място, от който пациентите да се информират за цените на предлаганите услуги и консумативи.
--	--	--	--	--	--	--	--	---

## ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

### Пакетни покрития за извънболнична лечение

Приложение 2. Пакетни покрития за извънболнична лечение								
ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД	ЗК УНИКА Живот АД				ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП			НЗОК
Стандартен	Луксозен	Стандарт	Комфорт	Престиж	Стандарт	Оптимум	Лукс	За всички ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права
първичен, контролен /вторичен/ • От специалист - по медицински показания	първичен, контролен /вторичен/ • От специалист - по медицински показания • От хабилитирани лица по предложение на специалист	първичен, контролен /вторичен/ • От специалист - по медицински показания	първичен, контролен /вторичен/ • От специалист - по медицински показания • От хабилитирани лица	първичен, контролен /вторичен/ • От специалист - по медицински показания • От хабилитирани лица • консултация с две и повече хабилитирани лица или специалисти във връзка с едно и също заболяване	първичен, контролен /вторичен/ • От специалист - по медицински показания	първичен, контролен /вторичен/ • От специалист - по медицински показания	първичен, контролен /вторичен/ • От специалист - по медицински показания • От хабилитирани лица	първичен, контролен /вторичен/ от Общопрактикуващ лекар • От специалист - по медицински показания, като това може да е хабилитирано лице, което има сключен договор с НЗОК
Прегледи		Прегледи			Прегледи			Прегледи
• Интернист	• Интернист	• Интернист	• Интернист	• Интернист	• Интернист	• Интернист	• Интернист	Прегледи могат да бъдат извършвани от всички видове специалисти, при условие че имат сключен договор с НЗОК, но не почесто от веднъж месечно.
• Кардиолог	• Кардиолог	• Кардиолог	• Кардиолог	• Кардиолог	• Кардиолог	• Кардиолог	• Кардиолог	
• Хирург	• Хирург	• Хирург	• Хирург	• Хирург	• Хирург	• Хирург	• Хирург	
• Акушер гинеколог	• Акушер гинеколог	• Акушер гинеколог	• Акушер гинеколог	• Акушер гинеколог	• Акушер гинеколог	• Акушер гинеколог	• Акушер гинеколог	
• Вирусолог	• Вирусолог	• Вирусолог	• Вирусолог	• Вирусолог	• Вирусолог	• Вирусолог	• Вирусолог	
• Травматолог	• Травматолог	• Травматолог	• Травматолог	• Травматолог	• Травматолог	• Травматолог	• Травматолог	
• Уролог	• Уролог	• Уролог	• Уролог	• Уролог	• Уролог	• Уролог	• Уролог	
• Инфекциозни болести	• Инфекциозни болести	• Инфекциозни болести	• Инфекциозни болести	• Инфекциозни болести	• Инфекциозни болести	• Инфекциозни болести	• Инфекциозни болести	
• Невролог	• Невролог	• Невролог	• Невролог	• Невролог	• Невролог	• Невролог	• Невролог	
• Оториноларинголог	• Оториноларинголог	• Оториноларинголог	• Оториноларинголог	• Оториноларинголог	• Оториноларинголог	• Оториноларинголог	• Оториноларинголог	
• Офталмолог	• Офталмолог	• Офталмолог	• Офталмолог	• Офталмолог	• Офталмолог	• Офталмолог	• Офталмолог	
• Пулмолог	• Пулмолог	• Пулмолог	• Пулмолог	• Пулмолог	• Пулмолог	• Пулмолог	• Пулмолог	
• Хематолог	• Хематолог	• Хематолог	• Хематолог	• Хематолог	• Хематолог	• Хематолог	• Хематолог	
• Рентгенографист и ултразвукова диагностика	• Рентгенографист и ултразвукова диагностика	• Рентгенографист и ултразвукова диагностика	• Рентгенографист и ултразвукова диагностика	• Рентгенографист и ултразвукова диагностика	• Рентгенографист и ултразвукова диагностика	• Рентгенографист и ултразвукова диагностика	• Рентгенографист и ултразвукова диагностика	
• Нефролог	• Нефролог	• Нефролог	• Нефролог	• Нефролог	• Нефролог	• Нефролог	• Нефролог	
• Ревматолог	• Ревматолог	• Ревматолог	• Ревматолог	• Ревматолог	• Ревматолог	• Ревматолог	• Ревматолог	
• Токсиколог	• Токсиколог	• Токсиколог	• Токсиколог	• Токсиколог	• Токсиколог	• Токсиколог	• Токсиколог	
• Онколог	• Онколог	• Онколог	• Онколог	• Онколог	• Онколог	• Онколог	• Онколог	
• Гастроентеролог	• Гастроентеролог	• Гастроентеролог	• Гастроентеролог	• Гастроентеролог	• Гастроентеролог	• Гастроентеролог	• Гастроентеролог	
• Мамолог	• Мамолог	• Мамолог	• Мамолог	• Мамолог	• Мамолог	• Мамолог	• Мамолог	
• Андролог	• Андролог	• Андролог	• Андролог	• Андролог	• Андролог	• Андролог	• Андролог	
	• Други							

	специалисти							
	Неотложна медицинска помощ - веднъж годишно			Неотложна медицинска помощ нощем и в почивни и празнични дни				Неотложна медицинска помощ на територията на лечебното заведение или в домашни условия в обявените в графика на общопрактикуващия лекар часове
Съвети и консултации, включително по телефон от специалист на ДЗИ		Преглед от доверен лекар на застрахователя за оценка на здравословното състояние на застрахования и разработване на програма за здравословен начин на живот						
Клинико-лабораторни изследвания (назначени от специалист)		Клинико-лабораторни изследвания (назначени от специалист)			Клинико-лабораторни изследвания (назначени от специалист)			Клинико-лабораторни изследвания
• Биохимични - холестерол, триглицериди	• Биохимични - холестерол, триглицериди	• Биохимични	• Биохимични	• Биохимични		• Биохимични	• Биохимични	• Биохимични
• Хематологични	• Хематологични	• Хематологични	• Хематологични	• Хематологични	• Хематологични	• Хематологични	• Хематологични	• Хематологични
• Креатенин	• Креатенин							• Креатенин
	•Имунохематологични							•Имунохематологични
• Микробиологични	• Микробиологични	• Микробиологични	• Микробиологични	• Микробиологични		• Микробиологични	•Микробиологични	• Микробиологични
	• Хормонални		• хормонални	• хормонални		• хормонални	• хормонални	• Хормонални
	• Вирусологични			• Вирусологични			• Вирусологични	• Вирусологични
	• Туморни маркери - до два пъти в застрахователната година			• туморни маркери			• туморни маркери	• Туморни маркери - до два пъти в застрахователната година
	• Имунологични			• Имунологични			• Имунологични	• Имунологични
• Ензими	• Ензими							• Ензими
• Хемостазни	• Хемостазни							• Хемостазни
• Серологични	• Серологични			• Серологични			• Серологични	• Серологични
• Изследване на урина	• Изследване на урина	• химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген), седимент	• химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген), седимент	• химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген), седимент				Изследване на урина с тестленти: (Протеин; Глюкоза; Уробилиноген/билирубин; Кетонни тела; pH.
	• Други			генетични				
Морфологични изследвания		Морфологични изследвания			Морфологични изследвания			Морфологични изследвания
• Хистологични	• Хистологични			• Хистологични		• Хистологични	• Хистологични	• Хистологични
• Цитологични	• Цитологични		• Цитологични	• Цитологични	• Цитологични	• Цитологични	• Цитологични	• Цитологични
Клинико-инструментални изследвания		Клинико-инструментални изследвания			Клинико-инструментални изследвания			Клинико-инструментални

Функционални изследвания		• функционални	• функционални	• функционални	• функционални	• функционални	• функционални	изследвания
• ЕКГ	• ЕКГ		• ЕКГ	• ЕКГ		• ЕКГ	• ЕКГ	• ЕКГ
	• ЕЕГ		• ЕЕГ	• ЕЕГ		• ЕЕГ	• ЕЕГ	• ЕЕГ
• ЕМГ	• ЕМГ		• ЕМГ	• ЕМГ		• ЕМГ	• ЕМГ	• ЕМГ
	• Холтер мониторинг на ЕКГ и кръвно налягане		• Холтер мониторинг на ЕКГ и кръвно налягане	• Холтер мониторинг на ЕКГ и кръвно налягане		• Холтер мониторинг на ЕКГ и кръвно налягане	• Холтер мониторинг на ЕКГ и кръвно налягане	• Холтер мониторинг на ЕКГ и кръвно налягане
• Велоергометрия	• Велоергометрия		• Велоергометрия	• Велоергометрия		• Велоергометрия	• Велоергометрия	• Велоергометрия
• ФИД	• ФИД		• ФИД	• ФИД				
• Доплер	• Доплер		• Доплер	• Доплер				• Доплер
• Аудиометрия	• Аудиометрия		• Аудиометрия	• Аудиометрия				• Аудиометрия
	• Периметрия		• Периметрия	• Периметрия				• Периметрия
	• Флуоресцеинова ангиография на съдовете на окото		• Флуоресцеинова ангиография на съдовете на окото	• Флуоресцеинова ангиография на съдовете на окото				• Флуоресцеинова ангиография на съдовете на окото
	• Други		• Други	• Други				
Образна диагностика без контраст						• Остеоденситометрия	• Остеоденситометрия	• Остеоденситометрия
• Ултразвукови (ехографски)	• Ултразвукови (ехографски)		• Ултразвукови (ехографски)	• Ултразвукови (ехографски)		• Ултразвукови (ехографски)	• Ултразвукови (ехографски)	• Ултразвукови (ехографски)
• Рентгенови изследвания	• Рентгенови изследвания	• Рентгенови изследвания	• Рентгенови изследвания	• Рентгенови изследвания	• Рентгенови изследвания	• Рентгенови изследвания	• Рентгенови изследвания	• Рентгенови изследвания
• Компютъртомография	• Компютъртомография			• Компютъртомография			• Компютъртомография	• Компютъртомография
	• Ангиография, магнитно-резонанса томография, радиоизотопни изследвания			• Ангиография, магнитно-резонанса томография, радиоизотопни изследвания - до 2 пъти в годината			• Ангиография, магнитно-резонанса томография, радиоизотопни изследвания - до 2 пъти в годината	• Ангиография, магнитно-резонанса томография, радиоизотопни изследвания - до 2 пъти в годината
	• Ендоскопски изследвания (с и без биопсия)		• Ендоскопски изследвания (с и без биопсия)	• Ендоскопски изследвания (с и без биопсия)			• Ендоскопски изследвания (с и без биопсия)	• Ендоскопски изследвания (с и без биопсия)
• Гастроскопия	• Гастроскопия						• Мамография	• Мамография
	• Колпоскопия							• Гастроскопия
	• Други						Хистеросалпингография, интравенозна холангиография, венозна урография	Хистеросалпингография, интравенозна холангиография, венозна урография
	Кожно-алергично тестване					Кожно-алергично тестване	Кожно-алергично тестване	Кожно-алергично тестване
Манипулации (назначени от лекар) - Превръзки, имобилизации, инжекции, пункции, венозна анестезия и др.		Манипулации при амбулаторно лечение за овладяване на конкретен здравен проблем (без консумативи)			Манипулации при амбулаторно лечение за овладяване на конкретен здравен проблем (без консумативи)			Манипулации при амбулаторно лечение за

								овладяване на конкретен здравен проблем (без консумативи)
• инжектиране мускулно и венозно	• инжектиране мускулно и венозно	• инжектиране мускулно и венозно	• инжектиране мускулно и венозно	• инжектиране мускулно и венозно	• инжектиране мускулно и венозно	• инжектиране мускулно и венозно	• инжектиране мускулно и венозно	• инжектиране мускулно и венозно
• превръзки на оперативна рана	• превръзки на оперативна рана	• превръзки на оперативна рана	• превръзки на оперативна рана	• превръзки на оперативна рана	• превръзки на оперативна рана	• превръзки на оперативна рана	• превръзки на оперативна рана	• превръзки на оперативна рана
• сваляне на конци	• сваляне на конци	• сваляне на конци	• сваляне на конци	• сваляне на конци	• сваляне на конци	• сваляне на конци	• сваляне на конци	• сваляне на конци
		• поставяне на венозна система, на абокат	• поставяне на венозна система, на абокат	• поставяне на венозна система, на абокат		• поставяне на венозна система, на абокат	• поставяне на венозна система, на абокат	• поставяне на венозна система, на абокат
			• поставяне и сваляне на гипсови имобилизации	• поставяне и сваляне на гипсови имобилизации				• поставяне и сваляне на гипсови имобилизации
	Амбулаторни хирургически операции			• амбулаторни хирургически операции, включително лазерни операции			• амбулаторни хирургически операции, включително лазерни операции	• амбулаторни хирургически операции, включително лазерни операции
	Подготовка за планова хоспитализация - лабораторни, ултразвукови и рентгенови изследвания според опцията		Подготовка за планова хоспитализация - лабораторни, ултразвукови и рентгенови изследвания според опцията	Подготовка за планова хоспитализация - лабораторни, ултразвукови и рентгенови изследвания според опцията, придружаване на пациента до уговорена клиника		Подготовка за планова хоспитализация - лабораторни, ултразвукови и рентгенови изследвания според опцията	Подготовка за планова хоспитализация - лабораторни, ултразвукови и рентгенови изследвания според опцията	Подготовка за планова хоспитализация - лабораторни, ултразвукови и рентгенови изследвания според опцията
	Физиотерапия - процедури по апаратна физиотерапия и лазертерапия до 200 лева					Физиотерапия - процедури по апаратна физиотерапия и лазертерапия до 20 процедури	Физиотерапия - процедури по апаратна физиотерапия и лазертерапия до 40 процедури	Физиотерапия - процедури по апаратна физиотерапия и лазертерапия и рехабилитация
			Диспансерно наблюдение на хронично болен от лекар специалист по профила на заболяването	Диспансерно наблюдение на хронично болен от лекар специалист по профила на заболяването				
			Посещение и наблюдение на болен в дома на болния - по медицински показания			Посещение и наблюдение на болен в дома на болния - 3 пъти	Посещение и наблюдение на болен в дома на болния без ограничение	
			• от медицинска сестра	• от медицинска сестра				
				• от лекар специалист				

				Еднодневна хоспитализация в болница и краткосрочно настаняване здравни заведения за извънболнично лечение				
			Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори - 1 в годината	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори		Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори
				Ерготерапия				
				Логопедия				
				Психотерапевтично лечение			Психотерапевтично лечение	Психотерапевтично лечение
		Медицинска експертиза и освидетелстване			Медицинска експертиза и освидетелстване			Медицинска експертиза и освидетелстване
		• експертиза и подготовка за представяне пред ЛКК за определяне на временна неработоспособност	• експертиза и подготовка за представяне пред ЛКК за определяне на временна неработоспособност	• експертиза и подготовка за представяне пред ЛКК за определяне на временна неработоспособност	• експертиза и подготовка за представяне пред ЛКК за определяне на временна неработоспособност	• експертиза и подготовка за представяне пред ЛКК за определяне на временна неработоспособност	• експертиза и подготовка за представяне пред ЛКК за определяне на временна неработоспособност	• експертиза и подготовка за представяне пред ЛКК за определяне на временна неработоспособност и документи за ТЕЛК
			• медицинско освидетелстване за работа, за шофьори на МПС кат. В, за сключване на брак	• медицинско освидетелстване за работа, за шофьори на МПС кат. В, за сключване на брак		• медицинско освидетелстване за работа, за шофьори на МПС кат. В, за сключване на брак	• медицинско освидетелстване за работа, за шофьори на МПС кат. В, за сключване на брак	• медицинско освидетелстване за работа, за сключване на брак
				Наблюдение на терминално болен				
				Лазерни корекции на зрението по лекарско предписание				Лазерни корекции на зрението по лекарско предписание

### ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

#### Допълнителни пакетни покрития

Приложение 3 Допълнителни пакетни покрития						
ЗК УНИКА Живот АД			ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП			НЗОК
Стандарт	Комфорт	Престиж	Стандарт	Оптимум	Лукс	За всички ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права
Лекарствени продукти за домашно лечение до 100 лв с 30% самоучастие	Лекарствени продукти за домашно лечение и ваксини до 300 лв с 30% самоучастие	Лекарствени продукти за домашно лечение и ваксини до 1000 лв с 30% самоучастие	Лекарствени продукти за домашно лечение до 100 лв. с 30% самоучастие	Лекарствени продукти за домашно лечение до 150 лв. с 30% самоучастие	Лекарствени продукти за домашно лечение до 300 лв. с 30% самоучастие	НАРЕДБА № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса
		Корекционни средства			Корекционни средства	
	Помощни следства - само патерици, бастуни, катетри, колекторни торбички, бандажни колани за херния и др	Помощни средства		Помощни следства - само патерици, бастуни, катетри, колекторни торбички, бандажни колани за херния и др	Помощни средства	
Санитарен транспорт			Санитарен транспорт			Санитарен транспорт при пациенти на хемодиализа
Рехабилитация			Рехабилитация			Рехабилитация
				• до 5 дни след операцията (макс. 15 дни годишно);	• до 10 дни след операцията (макс. 30 дни годишно).	
	Хоспитализиране в лицензирано здравно заведение					Хоспитализиране в лицензирано здравно заведение
	• рехабилитация при остри хронични заболявания • санаториално лечение	• рехабилитация при остри хронични заболявания • санаториално лечение				• рехабилитация при остри хронични заболявания
	Прием и настаняване					Прием и настаняване
	• в стая с три и повече легла	• в стая с три и повече легла				В отделение по ФИЗИКАЛНА И РЕХАБИЛИТАЦИОННА МЕДИЦИНА отговарящо на изискванията и имащо сключен договор с НЗОК
	• в стая с две легла	• в стая с две легла				
	Визитация с преглед и назначаване на лечение от					Визитация с преглед и назначаване на лечение от
	• дежурен лекар	• дежурен лекар				Дежурен лекар
	• завеждащ отделение 1 път за времето на болничния престой	• завеждащ отделение 1 път за времето на болничния престой				
		• от хабилитирано лице по медицински показания и назначение от наблюдаващия лекар 1 път за времето на болничния престой				
	Манипулации в зависимост от диагнозата и схемата на лечението	Манипулации в зависимост от диагнозата и схемата на лечението				Манипулации в зависимост от диагнозата и схемата на лечението

	Клинико-лабораторни и клиничко-инструментални изследвания в обем позволяващ диагностицирането, следенето и лечението на здравния проблем при възникнали медицински показания и назначение	Клинико-лабораторни и клиничко-инструментални изследвания в обем позволяващ диагностицирането, следенето и лечението на здравния проблем при възникнали медицински показания и назначение				Клинико-лабораторни и клиничко-инструментални изследвания в обем позволяващ диагностицирането, следенето и лечението на здравния проблем при възникнали медицински показания и назначение
	Лечение					Лечение
	• медикаментозно, диетолечение	• медикаментозно, диетолечение				• медикаментозно
	• физиотерапия и рехабилитация	• физиотерапия и рехабилитация				• физиотерапия и рехабилитация
	Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия					
	Контрол на екстремности – обучение при колостома, нагаждане на колостомен мехур, контрол при незадържане, поставяне на уретарен катетър, поставяне и смяна на цифтофикс от медицинска сестра, лекар (престиж)					
	Постоянно наблюдение и грижи за болен		• индивидуален сестрински пост до 5 дни след операцията, 12 часа за денонощие;	индивидуален сестрински пост до 10 дни след операцията, 12 часа за денонощие;	• индивидуален сестрински пост до 15 дни след операцията, 12 часа за денонощие.	
	Консултация по желание на застрахования					
	Извършване на манипулации в домашни условия след хоспитализация				Извършване на манипулации в домашни условия след хоспитализация	
	Храна по избор при стационарно лечение (съобразно диетичния режим)					

## ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

### Пакетни покрития за превенция и профилактика

Приложение 4. Пакетни покрития за превенция и профилактика									
ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД			ЗК УНИКА Живот АД			ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП			НЗОК
B1	B2	B3	Стандарт	Комфорт	Престиж	Стандарт	Оптимум	Лукс	За всички ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права
			Подобряване на здравето и превенция от заболяване			Подобряване на здравето и превенция от заболяване			Подобряване на здравето и превенция от заболяване
			Промоция на индивида: регистрация, медико-социална анамнеза, изготвяне на програма за обучение	Промоция на индивида: регистрация, медико-социална анамнеза, изготвяне на програма за обучение	Промоция на индивида: регистрация, медико-социална анамнеза, изготвяне на програма за обучение				
			Провеждане на скрининг с въпроси за ранно откриване на социално значими заболявания съобразено с възрастта на застрахования	Провеждане на скрининг с въпроси за ранно откриване на социално значими заболявания съобразено с възрастта на застрахования	Провеждане на скрининг с въпроси за ранно откриване на социално значими заболявания съобразено с възрастта на застрахования	Провеждане на скрининг с въпроси за ранно откриване на социално значими заболявания съобразено с възрастта на застрахования	Провеждане на скрининг с въпроси за ранно откриване на социално значими заболявания съобразено с възрастта на застрахования	Провеждане на скрининг с въпроси за ранно откриване на социално значими заболявания съобразено с възрастта на застрахования	Провеждане на скрининг с въпроси за ранно откриване на социално значими заболявания съобразено с възрастта на ЗОЛ
				Провеждане на биохимичен скрининг за откриване на диабет	Провеждане на биохимичен скрининг за откриване на диабет	Провеждане на биохимичен скрининг за откриване на диабет	Провеждане на биохимичен скрининг за откриване на диабет	Провеждане на биохимичен скрининг за откриване на диабет	
				Здравно обучение и възпитание по отношение на рискови фактори: екзогенни ендрогенни	Здравно обучение и възпитание по отношение на рискови фактори: екзогенни ендрогенни				Изготвяне на препоръки за профилактика на социално-значими заболявания.
				Здравно обучение по отношение на вредни навици: тютюнопушене, алкохол, наркомани, понижена двигателна активност, нерационално хранене, наднормено	Здравно обучение по отношение на вредни навици: тютюнопушене, алкохол, наркомани, понижена двигателна активност, нерационално хранене, наднормено тегло.				

				тегло.						
					Консултации „Семейно планиране“					медицински прегледи
					Консултация за мероприятия за жизненост и укрепване на здравето					Консултация за мероприятия за жизненост и укрепване на здравето
Медицински прегледи			Медицински прегледи			Медицински прегледи			Медицински прегледи	
Интернист	Интернист	Интернист	Интернист/вътрешни и болести/кардиолог/педиатър	Интернист/вътрешни болести/кардиолог/педиатър	Интернист/вътрешни болести/кардиолог/педиатър	Интернист/вътрешни болести/кардиолог	Интернист/вътрешни болести/кардиолог	Интернист/вътрешни болести/кардиолог	Профилактичните прегледи се осъществяват от личните лекари, а при наличие на отклонение в нормите пациентът се насочва към специалист	
Офталмолог	Офталмолог	Офталмолог	Офталмолог	Офталмолог	Офталмолог		Офталмолог	Офталмолог		
Невролог										
УНГ										
		АГ	АГ - снемане на пълна анамнеза и клиничен статус	АГ - снемане на пълна анамнеза и клиничен статус, вземане на материал за цитологично изследване/цитонамазка	АГ - снемане на пълна анамнеза и клиничен статус, вземане на материал за цитологично изследване/цитонамазка		АГ - снемане на пълна анамнеза и клиничен статус, вземане на материал за цитологично изследване/цитонамазка	АГ - снемане на пълна анамнеза и клиничен статус, вземане на материал за цитологично изследване/цитонамазка	гинекологично изследване и цитонамазка за жени над 31 г. веднъж ж на две години	
			Уролог (мъже) снемане на пълна анамнеза и клиничен статус	Уролог (мъже) снемане на пълна анамнеза и клиничен статус, УДЗ на простатна жлеза	Уролог (мъже) снемане на пълна анамнеза и клиничен статус, УДЗ на простатна жлеза					
			Целеви профилактични прегледи и изследвания на професионални групи в зависимост от факторите за риска на работното място			Целеви профилактични прегледи и изследвания на професионални групи в зависимост от факторите за риска на работното място				
				• до един специалист	• до двама специалисти		• до един специалист	• до двама специалисти		
Медицински изследвания			Медицински изследвания							
	ПКК	ПКК	ПКК, СУЕ, холестерол	ПКК, СУЕ, холестерол	ПКК, СУЕ, холестерол	ПКК, СУЕ, холестерол	ПКК, СУЕ, холестерол	ПКК, СУЕ, холестерол	ПКК, СУЕ, холестерол за ЗОЛ над 31 г. веднъж на 5 години	
	Кръвна захар		Кръвна захар	Кръвна захар	Кръвна захар	Кръвна захар	Кръвна захар	Кръвна захар	Кръвна захар	
				• биохимия - креатин LDL, триглицериди	• биохимия - креатин LDL, триглицериди			• биохимия - креатин LDL, триглицериди		
					• пикочна киселина, урея, билирубин,			• пикочна киселина, урея, билирубин,		

					чернодробни ензими – АСАТ, АЛАТ, ЛДХ, ГТТ, АФ			чернодробни ензими – АСАТ, АЛАТ, ЛДХ, ГТТ, АФ	
					• PSA – скрининг за рак на простатата (за мъже над 40 г.)			• PSA – скрининг за рак на простатата (за мъже над 45 г.)	
Общо химически изследване на урината	Общо химически изследване на урината	Общо химически изследване на урината	Общо химически изследване на урината	Общо химически изследване на урината	Общо химически изследване на урината	Общо химически изследване на урината	Общо химически изследване на урината	Общо химически изследване на урината	
Седимент на урината	Седимент на урината	Седимент на урината							
Измерване на кръвно налягане	Измерване на кръвно налягане	Измерване на кръвно налягане	Измерване на кръвно налягане	Измерване на кръвно налягане	Измерване на кръвно налягане	Измерване на кръвно налягане	Измерване на кръвно налягане	Измерване на кръвно налягане	Измерване на кръвно налягане
ЕКГ	ЕКГ	ЕКГ	ЕКГ	ЕКГ	ЕКГ	ЕКГ	ЕКГ	ЕКГ	ЕКГ
		Цитонамазка			Ехография на млечни жлези (жени)			Ехография на млечни жлези (жени)	Маноално изследване на млечните жлези над 31 г.
					Остеоденситометрия (за жени над 40г.) – скрининг за ранно откриване на остеопороза			Остеоденситометрия (за жени над 45г.) – скрининг за ранно откриване на остеопороза	
					Имунизации срещу вирусни заболявания – грип, хепатит В – един път в застрахователната година			Имунизации срещу вирусни заболявания – грип, хепатит В – един път в застрахователната година	
								Ехография на коремни органи	

## ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

### Пакетни покрития за дентална помощ

Приложение 5. Пакетни покрития за дентална помощ								
ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД		ЗК УНИКА Живот АД			ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП			НЗОК
Стандартен	Луксозен	Стандарт	Комфорт	Престиж	Стандарт	Оптимум	Лукс	За всички ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права
Терапевтични манипулации		Терапевтични манипулации			Терапевтични манипулации			Терапевтични манипулации
Възстановяване на 50 %	Възстановяване на 100%	Преглед за снемане на зъбен статус и съставяне на план за лечение, Профилактика на кариеса – запълване на дълбоки фисури със силанти, препариране на квинтет, подложка и обтуриране с пластичен материал, лечение на кариес, Лечение на пулпит			Преглед за снемане на зъбен статус и съставяне на план за лечение, Профилактика на кариеса – запълване на дълбоки фисури със силанти, препариране на квинтет, подложка и обтуриране с пластичен материал, лечение на кариес, Лечение на пулпит			Преглед за снемане на зъбен статус. За лица над 18 г. 2 манипулации (пломба или екстракция) с доплащане за 1 година. За лица под 18 г. 4 манипулации (пломба, кореново лечение или екстракция) на постоянен или млечен зъб с доплащане от ЗОЛ за 1 година.
Хирургични интервенции		Хирургични интервенции			Хирургични интервенции			Хирургични интервенции
Възстановяване на 50 %	Възстановяване на 100%	Екстракция на зъб за застрахователна година 1 път (еднокоренов и многокоренов зъб)	Екстракция на зъб за застрахователна година 1 път (еднокоренов и многокоренов зъб)	Екстракция на зъб за застрахователна година 1 път (еднокоренов и многокоренов зъб, дълбоко разрушен )	Екстракция на зъб за застрахователна година 1 път (еднокоренов и многокоренов зъб)	Екстракция на зъб за застрахователна година 1 път (еднокоренов и многокоренов зъб)	Екстракция на зъб за застрахователна година 1 път (еднокоренов и многокоренов зъб, дълбоко разрушен )	Няма ограничение в броя издадени направления за хирургична помощ
		Извършване на интерорални инцизии – един път в застрахователна година			Извършване на интерорални инцизии – един път в застрахователна година			
			Апикална остеоомия – един път в застрахователна година					
			Репониране на луксация на челюстната става – един път в застрахователна година					
Ортопедична дейност		Ортопедична дейност			Ортопедична дейност			
	Възстановяване на 100%	Възстановяване на счупени протези и циментиране на паднали коронки и мостове						
			Подготовка на зъб и поставяне на единична металокерамична коронка /без зъботехническата услуга/					
			Подготовка и поставяне на металокерамичен двуопорен мост /без зъботехническата услуга/					
				Подготовка, изработване и поставяне на металокерамична коронка и двуопорен мост		Подготовка, изработване и поставяне на металокерамична коронка и двуопорен мост	Подготовка, изработване и поставяне на металокерамична коронка и двуопорен мост	
Рентгенови снимки		Рентгенови снимки			Рентгенови снимки			
Без панорамни	С панорамни	Без панорамни	С панорамни	С панорамни	С панорамни	С панорамни	С панорамни	
		„Пародонтология (Превантивна терапия)“						
		Профилактичен преглед при стоматолог						
		Стоматологични съвети за поддържане на здравето и лечение на тъканите и лигавицата в устната кухина						
			Почистване на зъбен камък, плака, полиране, лечение на афти					
			бит	Почистване на зъбен камък и плака на				

				цяло съзъбие включително полиране				
				Полиране с Air Flow				
				Терапевтичен кюртаж при възпалителни заболявания на венците				
		Други услуги			Други услуги			
		Поставяне на анестезия			Поставяне на анестезия			
		Спешно стоматологично лечение – включва пробиване на повърхност, инцизии, поставяне на лекарство и анестезия в периода на остро състояние						
				Физиотерапия – един курс в застрахователна година				
				Лекарствени средства за лечение на зъбите и устната кухина				

## ПРИЛОЖЕНИЕ № 6

### Анкета за проучване на потребителските нагласи относно здравното осигуряване и здравното застраховане

# Здравно осигуряване или здравно застраховане

Предлагаме ви да участвате в проучване за степента на осведоменост на потребителите за възможностите, предлагани от допълнителното здравно застраховане и предимствата му в сравнение със задължителното здравно осигуряване.

Резултатите от проучването ще послужат за създаване на подход за разширяване на възможностите на здравното застраховане като технология за финансиране на здравеопазването в България.

Попълването на анкетата няма да отнеме повече от 10 минути.

Благодарим ви за помощта!

---

#### 1. Възраст \*

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- над 65

#### 2. Пол \*

- Мъж
- Жена

#### 3. Образование \*

- Средно
- Висше
- Друго

4.           Професионална група \*

- Държавен служител
- Общински служител
- Служител в частна фирма
- Собствен бизнес
- Работещ в сферата на здравеопазването
- Работещ в сферата на застраховането

5.           Размер на месечния доход в лв. \*

- до 650
- 651 - 1000
- 1001 - 1500
- 1501 - 3000
- над 3000

6.           Самоосигуряващо се лице ли сте \*

- Да
- Не

7.           Ако „Да“, запазени ли са към момента здравно-осигурителните ви права?

- Да
- Не
- Не знам

8.           Познавате ли покритието на здравни услуги, които ви предоставя  
Общественото здравно осигуряване (НЗОК)? \*

- Да
- Не

9. Знаете ли къде може да се запознаете със здравните услуги, които ви предоставя Общественото здравно осигуряване (НЗОК)? \*

- Да  
 Не

10. Доволни ли сте от качеството на здравното осигуряване, предлагано от НЗОК ? \*

- Да  
 Не  
 Не мога да преценя

11. Запознати ли сте с предлаганите покрития за допълнително здравно застраховане, предлагани от застрахователните компании в България? \*

- Да  
 Не  
 Нямам достатъчно сведения

12. Имате ли допълнителна здравна застраховка? \*

- Да  
 Не

13. Ако "Да", услугите на коя застрахователна компания ползвате?

- "ЗД ЕВРОИНС" АД  
 "ДЖЕНЕРАЛИ ЗАСТРАХОВАНЕ" АД  
 "ОЗОФ ДОВЕРИЕ ЗАД" АД  
 "ЗК БЪЛГАРИЯ ИНШУРЪНС" АД  
 "ФИ ХЕЛТ ЗАСТРАХОВАНЕ" АД  
 "ДЗИ-ЖИВОТО-ЗАСТРАХОВАНЕ" ЕАД  
 ЗАД "БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП"  
 ЗК "УНИКА ЖИВОТ" АД  
 "ЖЗИ" АД  
 ЗАД "АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ ЖИВОТ"  
 Друга

14. При отговор "Друга", моля посочете коя:

---

---

15. Ако "Не", имали ли сте някога в миналото допълнителна здравна застраховка?

Да

Не

16. Ако имате здравна застраховка, кой плаща за нея?

Вие

Работодателят

17. Ако нямате, бихте ли желали да сключите здравна застраховка?

Да

Не

Не съм мислил

Нямам достатъчно сведение по въпроса

18. Какви средства бихте отделяли месечно за допълнителна здравна застраховка? (в лева) \*

до 25

26-50

51-70

над 70

19. Колко често ви се налага да доплащате или заплащате за получените здравни услуги? \*

Веднъж годишно

Два пъти в годината

Повече от три пъти

Не ми се налага да доплащам извън покритието, предлагано от НЗОК

20. Кое е икономически по-изгодно за вас при нужда от здравни услуги извън общественото здравноосигуряване? \*

- Да заплатите за здравна услуга
- Да закупите здравна застраховка
- Не мога да преценя
- Нямам достатъчно сведение по въпроса

21. Ако имате възможност бихте ли сключили допълнителна здравна застраховка за семейството си? \*

- Да
- Не

22. Знаете ли кой предлага допълнителни здравни застраховки в България? \*

- Да
- Не

23. Ако "Да", посочете някои от известните ви компании:

---

---

24. Знаете ли откъде може да закупите допълнителна здравна застраховка? \*

- Да
- Не

25. Запознати ли сте, че ако притежавате допълнителна здравна застраховка може да имате до 10% данъчни облекчения на годишна база? \*

- Да  
 Не

26. Потребител ли сте на някои от следните застрахователни продукти? \*

- Застраховка "Имущество"  
 Застраховка "КАСКО на МПС"  
 Застраховка "Гражданска отговорност" на автомобилистите  
 Застраховка "Помощ при пътуване"  
 Застраховка "Професионална отговорност при изпълнение на съответната дейност"  
  
 Застраховка "Живот"  
 Не съм потребител на застрахователни продукти

27. Ако "Да", услугите на коя застрахователна компания ползвате?

- ЗД "Бул Инс" АД  
 "Дженерали застраховане" АД  
 "ДЗИ – Общо застраховане" ЕАД  
 "ЗД ЕВРОИНС" АД  
 ЗК "ЛЕВ ИНС" АД  
 Друга

28. При отговор "Друга", моля, посочете коя:

---

---

---