

## РЕГЛАМЕНТИРАНИТЕ ПЛАЩАНИЯ НА ПАЦИЕНТИТЕ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Р. ЯНЕВА

*Катедра по икономика на здравеопазването, Факултет по обществено здраве,  
Медицински университет – София*

### REGULATED PAYMENTS OF THE PATIENTS FOR HOSPITAL CARE

R. YANEVA

*Катедра по икономика на здравеопазването, Факултет по обществено здраве,  
Медицински университет – София*

**Резюме.** *От доста години в нашата страна съществува хроничен недостиг на средства за здравеопазването. Според различни изследвания плащанията в тази сфера са между 1 и 2 млрд. лева. По отношение на формата на участие на осигурените политиката на споделяне на разходите (cost sharing) или на финансово участие на потребителите е изключително разнообразна. В статията разглеждаме съвместното плащане (co-payment). Това е договорно участие на пациента в здравните разходи с фиксирана сума (такса). Задължително осигурените в Националната здравноосигурителна каса заплащат за всеки ден болнично лечение – по 2 на сто от минималната работна заплата, установена за страната, но не повече от 10 дни годишно. Таксата, която заплаща пациентът при доброволен избор на екип, зависи както от формата на собственост на болницата, така и от клиниката или отделението в самата болница (терапевтично или хирургично; за деца или за възрастни). Друг вид доплащане на болничната помощ от пациента е закупуването от него на скъпоструващите консумативи.*

**Ключови думи:** *регламентирани плащания, потребителска такса, избор на екип, скъпоструващи консумативи, недостиг на средства за здравеопазване*

**Summary.** *For many years in a row, chronic deficit of health care funds has been existing in Bulgaria. According to various investigations, payments in the healthcare sector are between 1 and 2 billion BGN. With regard to the form of participation of insured persons, the policy of cost sharing or financial participation of users is extremely multiform. Persons, compulsory insured in the National Health Insurance Fund, pay 2 percent of the minimal working salary established for the country, for each day of hospital treatment but for no more than 10 days annually. The fee to be paid by the patient, in case of a voluntarily choice of a team, depends on both the form of ownership of the hospital and the type of clinic or ward (whether it is therapeutic or surgical one; for children or for adults). Another type of additional patient's payment for hospital care is the purchase of costly consumer goods.*

**Key words:** *regulated payments, user fees, choice of a team, deficit of health care funds*

Известен е хроничният недостиг на средства за здравеопазване в страната от доста години, както и невъзможността бюджетът на Националната здравноосигурителна каса да покрие необходимите здравни нужди на населението с доскорошната шестпроцентна вноска.

Според различни изследвания плащанията в здравеопазването са между 1 и 2 млрд. лева.

В тях се включват и нерегламентирани плащания на ръка, дарения към фондации, закупуване на лекарства, консумативи, храна и др. Отделно, болничната система задлъжнява с около 200 млн. лв. годишно. Много анализатори отправят препоръки да се преустановяват нерегламентирани плащания и корупцията в системата. За постигането на това има два пътя:

– да се увеличат обществените, солидарно плащани средства, като се повиши вноската. За да се увеличат реално средствата обаче, вноската трябва да стане 12-14%, което е трудно постижимо при сегашните нива на осигурителната тежест;

– да се легализират плащанията, като се въведе регламентирано доплащане, с което да се покрие скритият дефицит в системата.

### **ЗАПЛАЩАНЕ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

Както отбелязва Е. Делчева, в процеса на реформиране на болничния сектор в България през 2001 г. е направен изводът, че здравната система поради исторически обусловеното си структуриране и функциониране вече не може да отговори на спецификата и нуждите на потреблението. Това налага промяна в метода на финансиране на лечебните заведения за болнична помощ. Като най-подходящ метод за договаряне на качествен болничен продукт са определени клиничните пътеки (КП), които се възприемат и като преходна стъпка към кейс-микс подхода и диагностично свързаните групи (ДСГ). В световната практика клиничните пътеки или алгоритми се прилагат единствено за осигуряване и стандартизиране на качеството.

Някои недостатъци на заплащането на болничната помощ по клинични пътеки са:

– незаплащане на пълната стойност на клиничната пътека;

– клиничната пътека не отразява тежестта на отделния случай, придружаващите заболявания и усложнения;

– клиничната пътека не отразява разходите на различните типове болници;

– клиничните пътеки не дават възможност за сравнение между отделните болници и за измерване на разходната ефективност на здравната структура и не са удачен инструмент за цялостно управление от здравните грижи.

През 2007 г. от Управителния съвет на Българския лекарски съюз (БЛС) и Управителния съвет на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) беше приета методиката за определянето на цените по клиничните пътеки. Методиката е разработена от смесена работна група на двете институции.

Философията на договарянето е договорният модел на здравно осигуряване, основа-

ващ се на отношения на социално партньорство. Този модел намира широко приложение в демократичните държави. Чрез договарянето се институционализира “квазипазар” в здравния сектор, чиито две страни са обобщен и синтезиран израз на търсенето (осигурените лица, представени от НЗОК) и предлагането на здравна помощ (съсловните организации).

Националният рамков договор (НРД) е резултат на централизирани преговори между съсловните организации на лекарите и стоматолозите в България, от една страна, и НЗОК, от друга. Валидирането на рамковия договор преминава през процедурата на приемането (или коригирането, отхвърлянето) му от Събора на БЛС и Конгреса на ССБ (Съюза на стоматолозите в България). След наличие на положителен вот от форумите се извършва подписването на договора от 10 участници от страна на НЗОК, 10 представители на БЛС и ССБ (заедно), след което се приподписва от министъра на здравеопазването. След публикуването на договора в Държавен вестник той влиза в сила (Е. Делчева).

След 2006 г. обаче на преговори между двете договарящи страни НЗОК не се съобразява с цените, предлагани от БЛС. За трета поредна година не се постига съгласие и не се подписва Национален рамков договор. От 2007 до 2009 г. включително НЗОК приема еднолично Решения на Управителния си съвет и ги предоставя за изпълнение без индексирание (с общия инфлационен коефициент). Единствено от месец октомври 2008 г. с Решение № РД-УС-04-130 от 15.09.2008 г. Управителният съвет на НЗОК вдигна цените на повечето клинични пътеки с 10%.

### **СПОДЕЛЯНЕ НА РАЗХОДИТЕ С ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА**

По отношение на вида на медицинските стоки и услуги или на формата на участие на осигурените политиката на споделяне на разходите (cost sharing) или на финансово участие на потребителите е изключително разнообразна.

В статията разглеждаме съвместното плащане (co-payment). Това е договорно участие на пациента в здравните разходи с фиксирана сума (такса).

Съществена разлика между цените и таксите е, че таксите не са обвързани с произ-

водствените разходи или с пазарните сили и могат да не покриват пълната стойност на таксуваните стоки и услуги. Таксите се определят като фиксирани суми (прости такси) или в процент от определена стойност (пропорционални такси) на стока или услуга. Някои от тях са фиксирани на национално равнище, за други такси се определя диапазон „от–до“.

Задължително осигурените в Националната здравноосигурителна каса заплащат за всеки ден болнично лечение по 2 на сто от минималната работна заплата, установена за страната, но не повече от 10 дни годишно (чл. 37 от Закона за здравето осигуряване).

От заплащане на потребителска такса се освобождават: лица със заболявания, определени по списък към НРД, както и малолетни, непълнолетни и неработещи членове на семейството; военнослужещи на наборна военна служба; пострадали при или по повод на отбраната на страната, ветерани от войните, военноинвалиди; задържани под стража или лишени от свобода; социално слаби, получаващи помощи по Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане; лица без доходи, настанени в домове за деца и юноши, в домове за деца на предучилищна възраст и в домове за социални грижи; медицински специалисти.

Таксата, която заплаща пациентът, при доброволен избор на екип варира от 100 до 2000 лв. за цялата страна, като тя зависи както от формата на собственост на болницата, така и от клиниката или отделението в самата болница (дали е терапевтично или хирургично; за деца или за възрастни).

При избора на екип идеята е пациентът сам да избере лекар, който да го лекува. Проблемът е, че повечето пациенти не познават никой от лекуващите лекари. Здравеопазването не е магазин, от който може да се избира по външния вид на стоката.

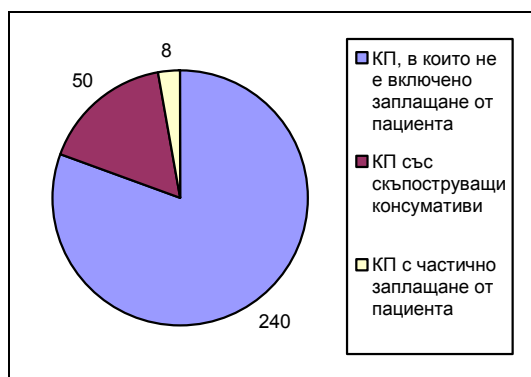
Друг вид доплащане на болничната помощ от пациента е закупуването от него на скъпоструващите консумативи.

В 50 от общо 298 клинични пътеки е включено заплащане на скъпоструващите консумативи от пациента, което, изразено в проценти, е 16,78%. В 8 клинични пътеки е посочено частично заплащане от пациентите (при необходимост), или 2,68%.

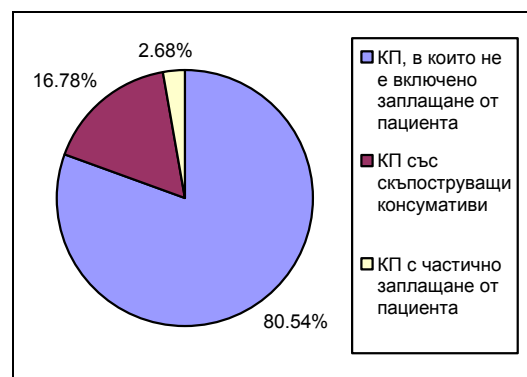
Като примери могат да се посочат:

♦ *За пълно заплащане от пациента на скъпоструващи консумативи – терапевтична КП и хирургична КП (Решение № РД-УС-04-127 от 27 декември 2007 г. и Решение № РД-УС-04-17 от 20.01.2009 г.):*

**КП № 28.** Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт.



**Фиг. 1.** Брой на клиничните пътеки, в които НЗОК не заплаща напълно или частично скъпоструващите консумативи



**Фиг. 2.** Процентно отношение на клиничните пътеки, по които НЗОК не заплаща напълно или частично скъпоструващите консумативи

**Таблица 1. Скъпоструващи консумативи за провеждане на лечение**

Примка за лигиране еднократна	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Накрайник за лигиране еднократен	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Саморазтваряща се ендопротеза за хранопровод или черво и други	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Игла за тънкоиглена биопсия под ехографски контрол	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Игла за биопсия през ехоендоскоп	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Индивидуален набор (капсула и аксесоари) за извършване на капсулна ендоскопия	НЗОК не заплаща посочения консуматив

**КП № 201.** Краниотомии, неиндикирани от травма, по класически начин.

**Таблица 2. Скъпоструващи консумативи за провеждане на лечение**

Аневризмални клипси	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Мозъчна ликвордренираща клапа система	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Невростимулатори	НЗОК не заплаща посочения консуматив

♦ *За частично заплащане на скъпоструващи консумативи (при необходимост) от*

*пациента (Решение № РД-УС-04-127 от 27 декември 2007 г. и Решение № РД-УС-04-17 от 20.01.2009 г.):*

**КП № 44.** Ендоваскуларно лечение на екстракраниални съдове.

*Забележка:* НЗОК заплаща не повече от четири стента в рамките на една календарна година, като стойността на стентовете е отделно от цената на пътеката.

**КП № 190.** Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им.

*Забележка:* При необходимост и по преценка на оператора на един пациент могат да бъдат поставени един или повече имплантата (съдова протеза и/или стент), като НЗОК заплаща само два протезни материала. Скъпоструващи консумативи за провеждане на лечение са: съдови протези/стент за коремна аорта, вена кава инфериор и дистални съдове.

Скъпоструващите лекарства и/или консумативи, включени в лечебно-диагностичния алгоритъм и влизаци или не в цената на КП, които са приложени при лечението на пациент по КП, се отбелязват във "Фиш за приложение на съответното лечебно средство и/или консумативи". Той става неразделна част от *Историята на заболяването*. Копие от фиша се представя заедно с направлението за хоспитализация и се съхранява в РЗОК.

Всеки пациент, лекуван по клинична пътека, при изписването си от лечебното заведение за болнична помощ задължително попълва и подписва следната декларация:

**Декларация за информираност и съгласие на пациента по отношение на източника на заплащане за диагностиката и лечението на неговото заболяване**

1. Информиран съм, че заболяването ми е включено в клинична пътека. Разходите за диагностиката и болничното ми лечение се заплащат изцяло от НЗОК, с изключение на скъпоструващи консумативи, посочени в алгоритъма на клиничната пътека, които НЗОК не заплаща.

2. По време на престоя ми в лечебното заведение за болнична помощ съм заплатил/а сума в размер на ..... лв., която включва:

- а) потребителска такса за ..... дни ..... лв.
- б) скъпоструващи консумативи ..... лв.
- в) други ..... лв.

3. Отказвам предложения ми екип с ръководител д-р.....

4. Доброволно избрах екип с ръководител д-р....., за което съм заплатил/а сума в размер на ..... лв.

НРД не може да бъде подписан, докато не се изясни, че настоящите цени на клиничните пътеки покриват само частичен процент от истинската цена на една здравна дейност и това е касова цена, дадена от НЗОК. С други думи, ако има един пакет от дейности, които лекарите трябва да изпълнят, то те се финансират по клинични пътеки не повече от 50-60%, а в същото време се изисква да бъдат изпълнени 100%. Главният проблем остава недофинансирането, което се превръща и в основната причина за неподписването на НРД с изпълнителите на медицинска помощ. В този смисъл е наложително да се регламентира доплащането чрез доброволно здравно осигуряване, чрез плащания от Социалното министерство или чрез плащания в брой от пациентите. Тогава няма да съществуват никакви проблеми за постигането на споразумение по НРД. Ако се посочат истинските параметри на финансирането, гражданите ще разберат, че проблемът в никакъв случай не е в лекарите, а в недостатъчните средства отделени от държавата, което обрича системата на българското здравеопазване на хронично недофинансиране.

*Съвместното плащане* е типична технология в повечето здравноосигурителни системи. Очаква се той да има и няколко определено положителни ефекта:

– да спрат или поне рязко да се ограничат нерегламентираните плащания и корупцията, особено в болничната система;

– да се намали излишното необосновано търсене на специализирани медицински дейности, което винаги присъства там, където нещо е напълно безплатно;

– да се засили контролът върху лечебните заведения за реално извършени дейности и тяхното качество, тъй като ползвателят е и пряк съплатец или – още по-добре – такъв е доброволен осигурителен фонд, работодател и др.;

– да се намали нуждата от административна регулация от страна на касата;

– да се засили търсенето на лечебни заведения с качество и ефективност (приемлива цена) за сметка на тези с неефективен мениджмънт и оттам да се реализира обективният механизъм на финансова принуда за реструктуриране, особено на болничната мрежа;

– да се стимулира доброволното здравно осигуряване, тъй като покриването на доплащането е типична форма на осигуровка, което ще засили контрола върху дейността и качеството на лечебните заведения;

– да се засили отговорността към собственото здраве и към профилактиката, осъществявана главно от реално безплатната първична помощ;

– да се съчетае принципът на пълна солидарност (задължително осигуряване и НЗОК), на индивидуални осигуровки и частична солидарност (доброволно осигуряване и фондове) и възможност за собствено доплащане на лица с високи доходи към елитни лечебни заведения с по-високи цени.

### Библиография

1. Г л а д и л о в, С т. и Е. Делчева. Икономика на здравеопазването. С., Princeps, 2003.
2. Д е л ч е в а, Е. Управление на здравното осигуряване. С., УИ "Стопанство", 2006.
3. Закон за здравното осигуряване, изм. ДВ., бр.110 от 30 декември 2008.
4. Информационен бюлетин на НЗОК, бр. 6, 2008.
5. Проект за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване.
6. Решение № РД-УС-04-127 от 27 декември 2007 г.
7. Решение № РД-УС-04-130 от 15.09.2008 г.
8. Решение № РД-УС-04-17 от 20.01.2009 г.
9. [www.atanas-shterev.com](http://www.atanas-shterev.com).
10. [www.doctorbg.com](http://www.doctorbg.com).

✉ Адрес за кореспонденция:

Ас. Румяна Янева, дм  
Катедра по икономика на здравеопазването  
Факултет по обществено здраве  
Медицински университет – София  
e-mail: [yaneva.1968@abv.bg](mailto:yaneva.1968@abv.bg)

Постъпила – 25.05.2009 г.