

Казус 2

Проучете пакета от здравни услуги, предлагани от държавата, общините и здравната каса. Посочете положителните и отрицателни черти на алтернативните системи за осигуряване на здравна помощ и здравни грижи в България.

Анализирайте равнището и динамиката на публичните разходи за здравеопазване у нас и ги сравнете с тези в избрани страни от ЕС за периода 2005 – 2010 г.

Системите на здравеопазване на Европейския съюз са централната част от високото равнище на социална защита. Осигуряването на равен достъп до здравни грижи допринася за социалното сближаване, както се признава в Интегрираните насоки на стратегията "Европа 2020" (Насока 10), и социалната справедливост. Здравните системи, чрез дялово участие във финансирането (финансиране според способността да се плати) и достъпа (достъп в зависимост от нуждите, а не въз основа на платежоспособността) имат преразпределителен характер, от богатите към бедните и от здрави към болните. Освен това, те могат да допринесат за устойчивото развитие и могат да коригират на отрицателните външни фактори оказващи влияние върху здравето на населението.

В България през 10 години в здравната система се въведе и утвърди моделът на задължителното здравно осигуряване. Създадена беше Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), като финансирането на здравеопазването се споделя между нея и Министерството на здравеопазването. В управлението на здравната система бяха заложили и елементи на принципа на трипартизма, който се реализира чрез сключвания всяка година колективен трудов договор между Министерството на здравеопазването, работодателите и национално представените синдикати, чрез който се регламентират минималните нива на заплащане на работещите в здравеопазването.

Предоставянето на качествена медицинска помощ на населението е една от основните цели в управлението на системата. За гарантиране на качеството бяха въведени редица инструменти, като медицински стандарти, клинични пътеки, диагностично-терапевтични протоколи и фишове за здравни грижи, акредитация и други. Утвърдени бяха 25 медицински стандарта, постепенно се увеличи броят на клиничните пътеки. За оценка на качеството се наложи системата на акредитация, въведена със Закона за лечебните заведения.

Законодателят е определил, че здравното осигуряване може да е задължително и доброволно. В чл. 3 на закона задължителното здравно осигуряване е определено като *„дейност по набирането на средства от задължителни здравноосигурителни вноски, определени със закон, осъществявано от Националната агенция за приходите, тяхното управление и разходване за здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални подразделения - районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Задължителното здравно осигуряване предоставя основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.”*

В Закона е казано, че Доброволното здравно осигуряване е допълнително и се осъществява от акционерни дружества, регистрирани по Търговския закон и получили лицензия при условията и по реда на този закон, като то представлява *„дейност по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, осъществявана от лицензирани по този закон здравноосигурителни дружества срещу заплащане на здравноосигурителни премии, въз основа на здравноосигурителни договори.”* Чрез доброволното здравно осигуряване се обезпечават предоставянето на здравни услуги и стоки извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Чрез доброволното здравно осигуряване може да се обезпечават и здравни услуги и стоки, които са в обхвата на задължителното здравно осигуряване.

Законово установените здравноосигурителни схеми са задължителни и се администрат от държавна агенция или публична организация. За разлика от тях допълващите или заместващите (алтернативните) здравноосигурителни схеми се администрат от частни бизнес организации (здравноосигурителни дружества или застрахователни компании) или пък от организации, работещи без печалба (фондации, тръст фондове и други).

Здравното осигуряване, в това число доброволното, е замислено като част от системата за социална сигурност и част от системата за социално осигуряване в България. Налице е и законово потвърдено дублиране покритието на здравната помощ от НЗОК и доброволното здравно осигуряване. Подобна е и практиката на някои страни от ЕС, които са изключили от приложното поле на Insolvency II специфичните си схеми за здравно осигуряване (Дания, Германия, Ирландия, Испания).

Основен пакет първична извънболнична медицинска помощ включва:

I. Здравно-информационни дейности