

**ДО  
Г-Н ГЕОРГИ ПИРИНСКИ  
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА  
40-ТО НАРОДНО СЪБРАНИЕ**

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,**

На основание чл. 87, ал.1 от Конституцията на Република България внасяме законопроект за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване с мотиви към него.

Молим законопроектът да бъде представен за разглеждане и приемане съгласно установения ред.

София, 16.01.2008 г.

**Народни представители:**

**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**  
**НАРОДНО СЪБРАНИЕ**

---

Проект

**ЗАКОН**

за

**изменение и допълнение на  
Закона за здравното осигуряване**

*(Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998г., изм. ДВ. бр.93 от 11 Август 1998г., изм. ДВ. бр.153 от 23 Декември 1998г., изм. ДВ. бр.62 от 9 Юли 1999г., изм. ДВ. бр.65 от 20 Юли 1999г., изм. ДВ. бр.67 от 27 Юли 1999г., изм. ДВ. бр.69 от 3 Август 1999г., изм. ДВ. бр.110 от 17 Декември 1999г., изм. ДВ. бр.113 от 28 Декември 1999г., изм. ДВ. бр.1 от 4 Януари 2000г., изм. ДВ. бр.64 от 4 Август 2000г., доп. ДВ. бр.41 от 24 Април 2001г., изм. ДВ. бр.1 от 4 Януари 2002г., изм. ДВ. бр.54 от 31 Май 2002г., доп. ДВ. бр.74 от 30 Юли 2002г., изм. ДВ. бр.107 от 15 Ноември 2002г., доп. ДВ. бр.112 от 29 Ноември 2002г., изм. ДВ. бр.119 от 27 Декември 2002г., изм. ДВ. бр.120 от 29 Декември 2002г., изм. ДВ. бр.8 от 28 Януари 2003г., доп. ДВ. бр.50 от 30 Май 2003г., изм. ДВ. бр.107 от 9 Декември 2003г., доп. ДВ. бр.114 от 30 Декември 2003г., изм. ДВ. бр.28 от 6 Април 2004г., доп. ДВ. бр.38 от 11 Май 2004г., изм. ДВ. бр.49 от 8 Юни 2004г., изм. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004г., изм. ДВ. бр.85 от 28 Септември 2004г., изм. ДВ. бр.111 от 21 Декември 2004г., изм. ДВ. бр.39 от 10 Май 2005г., изм. ДВ. бр.45 от 31 Май 2005г., изм. ДВ. бр.76 от 20 Септември 2005г., изм. ДВ. бр.99 от 9 Декември 2005г., изм. ДВ. бр.102 от 20 Декември 2005г., изм. ДВ. бр.103 от 23 Декември 2005г., изм. ДВ. бр.105 от 29 Декември 2005г., изм. ДВ. бр.17 от 24 Февруари 2006г., изм. ДВ. бр.18 от 28 Февруари 2006г., изм. ДВ. бр.30 от 11 Април 2006г., изм. ДВ. бр.33 от 21 Април 2006г., изм. ДВ. бр.34 от 25 Април 2006г., изм. ДВ. бр.59 от 21 Юли 2006г., изм. ДВ. бр.95 от 24 Ноември 2006г., изм. ДВ. бр.105 от 22 Декември 2006г., изм. ДВ. бр.11 от 2 Февруари 2007г., изм. ДВ. бр.26 от 27 Март 2007г., изм. ДВ. бр.31 от 13 Април 2007г., изм. ДВ. бр.46 от 12 Юни 2007г., изм. ДВ. бр.59 от 20 Юли 2007г., изм. ДВ. бр.97 от 23 Ноември 2007г., изм. ДВ. бр.100 от 30 Ноември 2007г., изм. ДВ. бр.113 от 28 Декември 2007г.)*

**§1.** Чл. 37 се правят следните изменения и допълнения:

1. В ал. 1, т. 2 отпада.

2. Създава се нова ал. 4 със следното съдържание:

“Сумите по ал.1, от които се освобождават лицата по ал. 3, се привежда на изпълнителите на първична медицинска помощ от Националната здравноосигурителна каса при условия и ред, определени в Националния рамков договор.

3. Ал. 4 става ал. 5.

**§ 2.** Създава се нов чл. 45а със следното съдържание:

„Чл. 45а (1) Оказаната на задължително здравноосигурените лица медицинска помощ от основния пакет по чл. 45, ал. 2 от лечебните и здравните заведения, с

изключение на тази по чл. 37, ал. 1, се доплаща. Сумата за доплащане е разликата между цената за съответната дейност, определена от лечебното или здравното заведение и договорената в Националния рамков договор цена, която НЗОК заплаща.

(2) Лечебните и здравните заведения определят цените на дейностите, които извършват, цените, по които НЗОК заплаща и сумите за доплащане, при сключване на договора с РЗОК за съответната година. За срока на действие на Националния рамков договор цените на лечебното и здравно заведение не могат да бъдат увеличавани.

(3) Министърът на здравеопазването, в срок от 10 дни от публикуване на Националния рамков договор, обнародва в “Държавен вестник” заповед, с която определя пределни цени на лечебни и здравни заведения за дейности от основния пакет, които могат да се извършват от по-малко от 4 лечебни и/или здравни заведения в страната.

(4) Доплащането на медицинската помощ по ал. 3 може да се извърши от:

1. от дружество за доброволно здравно осигуряване, което има сключена съответна осигуровка със здравноосигуреното лице и договор с лечебното или здравно заведение;

2. от застраховател като поемане на разходи за лечение по сключена със здравноосигуреното лице застраховка;

3. от работодател в полза на лекуван в лечебното или здравно заведение негов работник или служител;

4. от Министерството на здравеопазването или общините в изпълнение на финансирани програми за лечение на определени заболявания. В програмите задължително се определят критериите, на които следва да отговарят лечебните и здравни заведения, които ще ги изпълняват;

5. от юридически лица с нестопанска цел, подпомагащи лечението на лица с определени заболявания или лица от определени социални групи;

6. от други физически и юридически лица.

(5) Ако доплащането не се поема по реда на ал. 6, лекуваното здравноосигурено лице е длъжно да доплати сумата по ал. 3 на лечебното или здравно заведение в брой или по банков път.

(6) Лечебните и здравни заведения издават документи за заплатените по ал. 1 и ал. 3 суми, както и други необходими документи в случай на плащания по реда на ал. 6.”

## **§ 2. В член 55, ал. 2, т. 4 се прави следното допълнение:**

След думата “цените” се поставя запетая и се добавя изрази “до които НЗОК заплаща”.

## **§ 3. Чл. 62 отпада.**

### **Преходни и Заключителни разпоредби**

§ 4. (1) Ежегодно със Закона за държавния бюджет, в бюджета на Министерството на труда и социалната политика се предвиждат средства за доплащане лечението на социално слаби задължително здравноосигурени лица.

(2) В срок до 31 декември на текущата година министърът на труда и социалната политика обнародва наредба за социалните и медицински критерии, на които трябва да отговарят лицата за подпомагане със средствата по ал. 1, максималните годишни суми за подпоматгане, условията и реда за получаване на помощта през следващата година.

(3) Лицата, които отговарят на изискванията на наредбата по ал. 2, подават молби до съответните общински служби за социално подпомагане. След одобряване на помощта, те получават от службите годишната сума във вид на поименен ваучер с валидност един месец, който не може да се ползва от друго лице.

(4) В едномесечен срок от получаване на ваучера, лицата по ал. 3 сключват едногодишен личен договор за допълнително здравно осигуряване с избрано от тях дружество за доброволно здравно осигуряване. Предмет на договора, платен с ваучер може да бъде само доплащане на всички или определени дейности от основния пакет. Копия от сключените договори се представят от дружествата в съответните служби, издали ваучера. Срещу тях на последните се привежда от съответната служба за социално подпомагане осигурителната премия на лицето, сключило договора.

(5) Лицата по ал. 5, които в едномесечен срок не сключат договор с дружество за доброволно здравно осигуряване, губят това право за срок от една година.

София, 16.01.2008 г.

**Народни представители:**

## МОТИВИ

КЪМ

### Законопроект за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване

За всички е ясен хроничния недостиг на средства за здравеопазване в страната от доста години, както и невъзможността бюджетът на националната здравноосигурителна каса да покрие елементарните здравни нужди на населението със сегашната шест процентна вноска. В момента се използват и средствата от натрупаният през годините преходен остатък, който ще бъде усвоен. Тогава, за да се достигне сегашното крайно незадоволително ниво на финансиране, ще е необходима 9-10 процентна вноска.

Към момента голяма част от тези плащания потъват нерегламентирано в джобовете на ограничена категория лица, доверието в системата се срива. Всички анализатори ни отправят препоръки да спрем нерегламентираните плащания и корупцията в системата. Очевидно за това има два пътя:

- да се увеличат обществените, солидарно плащани средства, като се увеличи вноската; но както бе споменато по-горе, за да се увеличат реално средствата, става въпрос за вноска от 12-14 %;

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

Предмет на този законопроект е въвеждане на регламентирано доплащане /популярно сред специалистите в здравното осигуряване като “копеймънт”/. Предлага се такова да има при всички дейности с изключение на първичната медицинска помощ, където се запазва т.нар. регламентирана потребителска такса в размер на 1 на сто от минималната работна заплата. В същото време се предлага и за освободените от тази такса, които са над половината от населението, да се заплаща от НЗОК. Това е справедливо, предвид очакваното по-голямо натоварване при тях, както и на принципа, че когато някой освобождава някого от плащане, следва да заплати за него.

В специализираната извънболнична помощ, медикодиагностичните изследвания, стоматологичната помощ и болничната помощ се въвежда доплащане на принципа, касова цена, договорена в НРД, по която НЗОК плаща, и цена на лечебното заведение. Разликата се доплаща. Предвид достатъчната конкуренция в повечето медицински дейности, се предполага, че лечебните заведения няма да надует спекулативно цените. За монополни дейности, които се извършват от ограничен брой лечебни заведения, е предвидено министърът да определи таван на цените. За да се избегнат спекулации и има яснота за гражданите и доброволните осигурителни фондове, е предвидена забрана лечебните заведения да увеличават обявената цена за срока на действие на Националния рамков договор /1 година/.

Законопроектът въвежда една наистина непопулярна мярка, особено в политически аспект, но тя е като че ли единствено възможна в момента. В същото време копеймънтът е типична технология в повечето здравноосигурителни системи и се очаква 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 го има там, където нещо е напълно безплатно;

- да се засили контрола 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 т.н.;

- 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/, индивидуални осигуровки и частична солидарност /доброволно осигуряване и фондове/ и възможност за собствено доплащане на лица с високи доходи до елитни лечебни заведения с по-високи цени.

В специализираната извънболнична, стоматологичната помощ и медикодиагностичните лаборатории доплащането ще даде възможност за известна диференциация на прегледите, като лекари и лечебни заведения с много висока квалификация или високотехнологично оборудване, да получат законно по-висока цена. Конкуренцията там е достатъчна и пациентът ще има реално право на избор.

В болничната помощ дефицитът е най-изразен. В същото време тя е практически неструктурирана и се управлява най-неефективно, корупцията е най-голяма. Диференциацията ще позволи на ефективни болници с високотехнологично оборудване и кадри, поемащи по-сложни случаи, да получат реални цени. В същото време ще се избегне струпване на много чакащи за лечение с по-неусложнени заболявания, които могат да се лекуват по-места при по-ниски цени и минимално доплащане.

В интерес на истината, в сегашния закон няма изрична забрана за доплащане и никъде не е записано, че НЗОК плаща цялата цена по основния пакет. Някаква форма на доплащане е съществуващата т.нар. потребителска такса. Доплащане има при лабораторните изследвания чрез определяната от самите лаборатории такса за вземане на биологичен материал Доплащане, и то значимо, има още от начало на реформата в стоматологичната помощ, както и при частично платените лекарства. Законопроектът всъщност регламентира по-ясно принципите на доплащането, от кого може да се извършва, свободното ценообразуване и изключенията от него, регламентира създаването на защитна социална мрежа.

Доплащането не се извършва само от самият пациент. То може да бъде поето от работодателя, неправителствени и други организации, МЗ и общините по определени програми за лечение на заболявания /например социално значими или редки заболявания/. Особено желателно е доплащането да се развие като форма на доброволно осигуряване. Доказано е, че когато зад пациента стои фонд, той много по-добре контролира средствата и качеството. Освен това, допълнителното осигуряване също частично солидаризира риска и дава възможност за ползване на повече здравни услуги.

Авторите на законопроекта са наясно, че в България има достатъчно социално слаби, които не могат да си позволят доплащане. Затова е предвидено в МТСГ да се заделят средства и изгради система за идентификация и подпомагане на тези лица. С оглед предимствата на доброволното здравно осигуряване, посочени по-горе, по-голяма

ефективност и контрол, е предвидено социално слабите да получават ваучери, с които да си направят едногодишна допълнителна осигуровка в доброволен здравен фонд. Същата може да покрива само доплащане на дейности от основния пакет.

В законопроекта се отменят чл.62 от ЗЗО, който създава безсмислени пречки за сключване договори с лекари и стоматолози от болници и са предпоставка за субективизъм и корупция.

София, 16.01.2008 г.

**Народни представители:**