

Здравеопазването е система от медицински и не медицински дейности, чиято цел е укрепване, опазване и възстановяване на здравето на населението, предотвратяване на преждевременната нетрудоспособност и смърт на човека, увеличаване на активния му трудов живот.

Здравеопазването е неразделна част от общественно-политическия и социално-икономическия живот в дадена страна. До 1991 г. у нас то бе държавно. Икономическата криза в годините на прехода доведе до намаляване на средствата за здравеопазването и влошаване на здравните услуги и заедно с преминаването на България към условия на пазарна икономика доведе до реформа в здравеопазването. Реформата в здравеопазването има за цел да повиши качеството на грижите за потребителите на здравни услуги, като се въвежда нов начин на организация, управление и финансиране.

Здравната реформа у нас се осъществява при спазването на определени принципи:

- Създаване на собствен модел на здравната система, в който се отчитат характерните за България: култура, реалности, цели, интереси.
- Социалната ориентация на промените.
- Гаранции за общата достъпност и качеството на медицинските услуги за всички български граждани.
- Система, основаваща се на европейските организационни традиции в здравеопазването.
- Съпричастност към стратегията на Световната здравна организация „Здраве за всички през 21 век“.
- Пазарни механизми на разпределението и управлението на ресурсите в здравеопазването, свързани с постигане на ефективност и ефикасност, създаване на конкурентна среда в здравеопазването и постигане на високо качество на медицинските услуги.
- Свобода на частната инициатива в здравеопазването при финансиране на системата, при оказване на медицинска помощ и при инвестиране в здравеопазването.
- Разпределение на отговорностите за здравето между институциите, гражданите, обществото и медицинските лица.

Здравното осигуряване в България представлява система за социална здравна защита и медицинско обслужване на населението, основана на следните принципи:

Задължителност и самофинансиране – от здравно защитените и обслужваните на база задължително осигурителни вноски и социални преференции; финансиране от държавата на обекти с национално, здравно, образователно и друго предназначение; приходи от санкции – глоби, наказателни лихви, ликвидационни дялове от дружества – длъжници и обявени в ликвидация; дарения, завещания и спонсорство; безлихвени заеми от републиканския бюджет или извънбюджетни сметки и фондове.

Солидарност на осигурените срещу риска от негативни здравни последици и преодоляване на тяхното влияние върху живота, трудоспособността, раждаемостта и други.

Отговорност на осигурените за собственото им здравно състояние и трудоспособност.

Участие на заинтересованите субекти – осигурени, работодатели, държавата и общините.

Самоуправление и публичност на социално-здравната осигурителна дейност, без пряка оперативна разпоредителна дейност на държавата, общините и други.

Обхвата на здравното осигуряване очертава границите и мащабите на – количествените, качествените, контролно-регулирущите аспекти, функции и видове услуги; правилата за извършване на социално здравната осигурителна дейност; цената на здравните услуги. Количествените аспекти се отнасят до отделните видове платима от Националната здравно осигурителна каса (НЗОК) медицинска помощ. Качествените се отнасят до – правилата за оценка на медицинската практика, съгласувани и приети от съсловните организации на лекарите и стоматолозите и утвърдени от министъра на здравеопазването. Критериите за добра медицинска практика като: своевременност, достатъчност и ефективност на медико-здравните услуги, системно информиране за спазване и укрепване на здравето, икономия на работното време и работната сила, продължителност на живота и други. Контролно-регулирущите задачи, извършвани от лекари-контрольори, да проверяват и изискват провеждането на мероприятия за преодоляване и или намаляване на вредните фактори на жизнената и работната среда от работодателите, органите по условия на безопасност на труда и държавните органи с компетенции по хигиенно-санитарен контрол. Определяне на цената на платимите от

НЗОК здравно-медицински услуги и платимите лично от не осигурените лица.

Субект на задължителното здравно осигуряване е Националната здравно осигурителна каса със статут на юридическо лице и поделения – районни здравно осигурителни каси. Правата, отговорностите и управленската структура са както следва:

Управленска структура на централното управление:

Събрание на представителите с мандата 4 години на: осигурените, които се избират и освобождават чрез местните органи на власт (области и общини); представители на работодателите, които се избират и освобождават от представителните им организации; представители на представителните им организации на работниците и служителите, които се избират и освобождават от тях. Събранието на представителите е главният управленски орган на задължителното здравно осигуряване и взема решения по стратегически въпроси на неговото развитие чрез утвърждаване на решения по правилниците, кадрите, бюджета, отчета и дейността на управителния съвет. То провежда заседанията си и взема решения по характерното за подобен орган на управление обикновено мнозинство и квалифицирано мнозинство по важни въпроси – правилници, бюджети и отчети.

Управителния съвет се избира за 4 години в състав 9 члена. Той заедно с директора на НЗОК води преговорите за Националния рамков договор (НРД); приема отчета и подготвя проекта за бюджета на НЗОК, събранието на представителите след утвърждаване на проекта го представя на МС за внасяне в Народното събрание и приемане на Закона за бюджета на НЗОК; провежда конкурс за избор на директор на НЗОК; взема решения с 2/3 от присъстващите членове, но не по-малко от 5 гласа.

Контролният съвет се избира за 4 години в състав от 5 члена. Контролира дейността на управителния съвет, директора на НЗОК и директорите на РЗОК.

Директорът на НЗОК я представлява съгласно вътрешната нормативна база и решенията на управителния съвет; подготвя Закон за бюджета; отчита неговото изпълнение и сключва договори с РЗОК и други субекти.

Директорът на РЗОК: управлява съгласно правомощията, предоставени от УС на НЗОК и нормативните изисквания; сключва, изменя и прекратява договори на територията.

В ръководните органи на НЗОК на могат да участват: субекти, които от позиции на власт могат да налагат своя или свързани по родствена и друга линия воля и интереси с негативно влияние върху развитието на НЗОК и задължителното здравно осигуряване в национален и регионален мащаб; членове на ръководни органи на дружества с негативни резултати от своята дейност или неудовлетворени кредитори и други.

Статутът на здравно-осигурените се характеризира със: задължителност на всички законно живеещи в България – граждани, бежанци, временно легално пребиваващи; право на избор на изпълнител на медицинска помощ чрез договор с РЗОК; право на спешна помощ, където възникне необходимост от нея; право на получаване на информация; право за възмездяване – частично или пълно при разрешено лечение от НЗОК, в чужбина и други.

Правото на ползване на услугите на здравно осигурителната система в условията на пазарна икономика е свързано със задължението, произтичащо от пазарния принцип, да се заплаща част от цената на услугата на системата, за да се осигурява нейното възпроизвеждане и непрекъснато функциониране; паралелно с него се прилага и социалният принцип за преференция на социално слаби, малолетни, неработещи, болни, ползващи социални заведения пострадали от войните и други; заплащането пряко от ползващите услуги, свързано с постоянна база за заплащане за посещение при лекар и за ползване на болнично заведение за всеки ден, но не повече от регламентиран брой дни годишно.

Пазарни и социални условия и цени на отделните видове медицинска помощ и здравно обслужване. Те се уреждат с НРД, сключен между НЗОК и съсловните организации на лекарите и стоматолозите с по 10 представители: договорът е едногодишен; при положение, че не се постигне съгласие или не бъде приет в определения срок бюджетът на НЗОК неговото действие продължава след 1 януари следващата година; в този случай цените на медицинската помощ се определят чрез индекса на инфлацията за предходната година; НРД е задължителен за НЗОК, РЗОК и изпълнителите.

Заплащането и условията за практическо прилагане на здравното осигуряване се договарят от директора на РЗОК и изпълнителите (здравни заведения, лекари и стоматолози и други медицински специалисти с регламентирана правоспособност): договорите не се допуска да се сключват при неизгодни условия от приетите с НРД; в тях се конкретизира взаимоотношенията между изпълнителите и други лица за вида и качеството на медицинската помощ; отказването от сключването на договор от директора се решава от УС на НЗОК и накрая от съответния окръжен съд; не са обект на договаряне от НЗОК научна дейност и обучение на медицински специалисти; директорът на РЗОК може да сключва договори с лекари и стоматолози, работещи в болници за извън болнична помощ, ако има недостиг от тях; изпълнението на договорите между РЗОК и изпълнителите на доболнична помощ започна от 01.01.2000г. Дотогава финансирането на медицинската дейност и здравните заведения се извършват от републиканския и общинския бюджети.

Задължително осигурени в НЗОК са:

1. Всички български граждани, които не са граждани на друга държава.
2. Българските граждани, които са граждани и на друга държава и постоянно живеят на територията на Република България.
3. Чуждите граждани или лицата без гражданство, на които е разрешено дългосрочно пребиваване в Република България, освен, ако е предвидено друго в международен договор, по който Република България е страна.
4. Лицата с предвиден статут на бежанец, хуманитарен статут или с предоставено право на убежище.

Задължението за осигуряване възниква:

1. За всички български граждани – с влизането на закона в сила, а за новородените – о датата на раждането.
2. От датата на получаването на разрешение за постоянно пребиваване.
3. От датата на откриването на производство за предоставяне статус на бежанец или право на убежище.

Правата на осигурените възникват:

1. За новородените – от датата на раждането
2. За бежанец или получил право на убежище – от датата на откриване на

производство за предоставяне на статут на бежанец или право на убежище.

3. За всички останали – от датата на заплащане на осигурителната вноска.

Задължително осигурените имат право:

1. Да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.
2. Да избират един изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с РЗОК.
3. На спешна помощ там, където попаднат.
4. Да получават информация от РЗОК за договорите, сключени от нея с изпълнителите на медицинска помощ.
5. Да участват в управлението на НЗОК чрез свои представители.
6. Да подават жалби пред директора на съответната РЗОК при нарушения на закона и на договорите.
7. Задължително осигурените имат право да получат частично или напълно стойността на направените разходи за медицинска помощ в чужбина само когато са получили предварително разрешение за това от НЗОК. Разрешение се дава само за видовете медицинска помощ, която не се извършва в страната.

Правата на осигурените са лични и не могат да бъдат преотстъпвани.

Посочените лица заплащат на лекаря, стоматолога или на здравното заведение суми, както следва:

1. За всяко посещение при лекаря или стоматолога – по 1% от минималната работна заплата за страната.
2. За всеки ден болнично лечение – по 2% от минималната работна заплата за страната, но не повече от 10 дни годишно.

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

специалисти.

Лекарят, стоматологът или здравното заведение издават на лицата документ за заплатените суми.

Осигурените за длъжни да изпълняват предписанията на изпълнителите на медицинска помощ и изискванията за профилактика на заболяванията в съответствие с НРД и договорите с изпълнителите.

Всички лица, които имат задължението да внасят осигурителни вноски, са длъжни от възникване на основанието за здравно осигуряване ежемесечно да представят данни за осигурените лица в териториалните поделения на НОИ с декларации по утвърден от НОИ и НЗОК образец.

Лицата осигуряващи членове на семейството си, предоставят данни за тях в декларации по утвърден от НОИ и НЗОК образец.

В случаите, когато лицата заплащат авансово вноски, те попълват декларация за периода за авансово плащане по утвърден от НОИ и НЗОК образец.

(1) Българските граждани, включително тези с двойно гражданство, които са длъжни да осигуряват себе си и пребивават в чужбина повече от 183 дни през една календарна година, могат да не заплащат здравно осигурителни вноски до края на съответната календарна година, смятано от датата на напускане на страната, и за всяка следваща календарна година след предварително подадено заявление до Националния осигурителен институт.

(2) Здравно осигурителните права на лицата по ал. 1 след завръщането им в страната се възстановяват след изтичане на 6 последователни месеца, през които лицето е осигурявано по реда на чл. 40.

(3) Извън случаите по ал. 2, здравно осигурителните права на лицата по ал. 1 след завръщането им в страната могат да се възстановят след еднократно заплащане на сума в размер на 12 здравно осигурителни вноски, определени по реда на чл. 29, ал. 3 върху минималния месечен размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица, определен със Закона за бю-джета на държавното обществено осигуряване към момента на внасянето на вноските.

(4) Сумите по ал. 3 се внасят по реда на чл. 41.

(5) До възстановяване на осигурителните права лицата по ал. 1 заплащат стойността на оказаната им в страната медицинска помощ на изпълнителите.

Чужденците, които пребивават краткосрочно в Република България, както и лица, които не се осигуряват, заплащат стойността на медицинската помощ, освен, ако за тях е в сила международен договор, по който Република България е страна.

Здравно осигурителната вноска на осигуреното лице е върху доход и се внася, както следва:

1. За лица, получаващи доходи от трудови, служебни правоотношения, възникнали на основание специални закони, работещи по договори за управление и контрол на търговските дружества и членове на кооперации, получаващи възнаграждения от кооперацията – доходът, върху който се внасят вноски за ДОО, определен съгласно КСО; вноската се внася от работодателя или ведомството и от осигурения в съотношение, определено в закона за бюджета на ДОО. Осигурителните вноски са изцяло за сметка на работодателя или ведомството, когато това е предвидено в закона. За лицата в неплатен отпуск, които не подлежат на осигуряване на друго основание, вноската се определя върху минималния размер на осигурителния доход, определен със закона за бюджета на ДОО и се внася изцяло за сметка на работодателя при изплащането на възнаграждението от съответното предприятие или организация. Работодателят или ведомството внасят вноски едновременно с изплащане на възнагражденията, включително и за авансови плащания; частта от осигурителните вноски, която е за сметка на осигурените лица, се внася при плащане на възнагражденията им и не се удържа от авансовите плащания, освен в случаите, когато за съответния месец е изплатен само аванс. Вноските за граждани, които изпълняват миро временна алтернативна служба, се внасят от работодателя и са за негова сметка.



2. Едноличните търговци, физическите лица, образували ЕООД, съдружниците в търговските дружества и лицата, регистрирани като упражняващи свободни професии или занаятчийска дейност по регистрация, и земеделските производители се осигуряват върху месечен доход, който не може да бъде по-малък от минималния размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица, определен със Закона за бюджета на ДОО, и годишно върху облагаемите доходи, съгласно данните от данъчната декларация; земеделските производители и тютюнопроизводителите, регистрирани на основание на нормативен акт, които извършват единствено земеделска дейност, не определят окончателен размер на осигурителния доход; осигурителните вноски за тези лица се внасят върху минималният месечен осигурителен доход, определен със Закона за бюджета на ДОО за съответната година: Вноските се внасят до 10 число на месеца, следващ този, за който се отнасят. Месечният осигурителен доход с оглед изчисляването на годишния размер на вноската се получава, като годишният облагаем доход се раздели на периода, през който е упражнявана дейността. При годишно облагане вноските се внасят в сроковете за внасяне на данъци по Закона за облагане доходите на физическите лица.

3. За лицата, които не внасят осигурителни вноски върху доход по точка 2 и работят без трудово правоотношение по договор с възложител – предприятие или друга организация, осигурителните вноски се внасят за всеки месец в законово регламентирано съотношение върху облагаемия доход, намален с нормативно признатите разходи за съответната дейност от предприятието или организацията, като се одържат от изплатеното възнаграждение на лицето; вноските се внасят от предприятието или организацията до 10 число на месеца, следващ този, за който се отнасят.

4. За пенсионерите – размерът на пенсията или сборът от пенсии, без добавките към тях; вноските са за сметка на републиканския бюджет и се внасят до 10 число на месеца, следващ този, за който се отнасят.

5. За лица, получаващи обезщетения за временна неработоспособност поради болест, бременност и раждане и за отглеждане на дете – размерът на обезщетението; вноските са за сметка на работодателя или ведомството и са равни на дължимата от него част от вноската, като се внасят при изплащане на обезщетенията; същият размер е осигурителната вноска за лицата, които се осигуряват само за своя сметка, като вноските се внасят до 10 число на месеца, следващ този, за който се отнасят.

6. За лицата, получаващи обезщетение за безработица – размерът на изплатеното обезщетение; вноските са за сметка на фонд „Безработица” и се внасят до 10 число на месеца, следващ този, за който се отнасят.

Осигуряват се за сметка на републиканския бюджет, освен, ако не са осигурени на друго основание:

1. Лица до 18 годишна възраст и след навършване на тази възраст, ако учат редовно – до завършване на средно образование.

2. Студентите – редовно обучение във висши училища до навършване на 26 годишна

възраст, и докторантите на редовно обучение по държавна поръчка.

3. Военно служещите на наборна служба.

4. Социално слабите с право на социално подпомагане, или настанените в домове за социални грижи.

5. Задържаните под стража или лишените от свобода.

6. Лицата в производството за предоставяне на статут на бежанец или право на убежище.

7. Ветераните от войните и военно инвалидите; инвалидите, пострадали при или по повод отбраната на страната, по време на наборна военна служба, при природни бедствия или аварии; пострадалите при изпълнение на служебния си дълг служители на МВР и държавните служители.

8. Родителите, осиновителите или съпрузите, които полагат грижи за инвалиди със загубена работоспособност над 90%, които постоянно се нуждаят от чужда помощ.

Лицата, които не подлежат на осигуряване, от посочените до тук, се осигуряват върху осигурителен доход, не по-малък от минималния размер на осигурителния доход за самоосигуряващи се лица, определен със Закона за бюджета на ДОО.

Максималният размер на месечния доход, върху който се изчислява здравноосигурителната вноска, е максималният доход, определен със Закона за бюджета на ДОО.

§ 13. (1) Лицата, които дължат повече от три здравноосигурителни вноски до влизането в сила на този закон, възстановяват здравноосигурителните си права, ако заплатят до 31 януари 2005 г. еднократно сума в размер на три здравноосигурителни вноски, определени по реда на чл. 29, ал. 3, върху минималния месечен размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица, определен със Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване към момента на внасянето на вноските.

(2) Заплащането на сумата по ал. 1 не погасява задълженията на лицата за здравноосигурителни вноски.

(3) Сумите по ал. 1 се внасят по реда на чл. 41.

§ 14. (1) За лицата, които по реда на § 13 са възстановили здравноосигурителните си права, чл. 109, ал. 1 се прилага от 1 януари 2006 г.

(2) Осигурените лица по ал. 1, които не заплатят повече от три здравноосигурителни вноски за периода 1 февруари 2005 г. - 1 януари 2006 г., заплащат оказаната им медицинска помощ на изпълнителите.

§ 15. Лицата по чл. 40, ал. 2, т. 4, които до влизането в сила на този закон дължат повече от три здравноосигурителни вноски, възстановяват здравноосигурителните си права след 1 януари 2005 г. при внасяне на първата вноска за сметка на републиканския бюджет.

§ 16. Българските граждани, задължени да осигуряват себе си, които до влизането в сила на този закон са пребивавали в чужбина повече от 183 дни през най-малко една календарна година и не са внесли дължимите здравноосигурителни вноски за това време, могат да възстановят здравноосигурителните си права при условията и по реда на чл. 40а, без да подават заявление до Националния осигурителен институт.

НЗОК заплаща за оказването на следните видове медицинска помощ:

1. Медицински стоматологични дейности за предпазване от заболявания.
2. Медицински стоматологични дейности за ранно откриване на заболявания.
3. Извънболнична или болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод на заболяване.
4. Медицинска рехабилитация.
5. Неотложна медицинска помощ.
6. Медицински грижи при бременност, раждане и майчинство.
7. Аборти по медицински показания и при бременност при изнасилване.
8. Стоматологична зъботехническа помощ.
9. Медицински грижи при лечение в дома.
10. Предписване и отпускане за разрешение за употреба лекарства, предназначени за домашно лечение на територията на страната.
11. Медицинска експертиза на трудоспособността.
12. Транспортни услуги по медицински показания.

Медицинска помощ с изключение на т. 10, се определя като основен пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК. Основният пакет се определя с наредба на министъра на здравеопазването. Министърът на здравеопазването определя с наредба списък на

заболяванията, за чието домашно лечение НЗОК заплаща лекарствата напълно или частично.

Качеството на оказаната медицинска помощ, заплащана от НЗОК, трябва да отговаря на националните медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика. Тези правила съдържат изисквания за своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ. Заплащането за оказаната на осигуреното лице медицинска помощ се извършва от РЗОК на предоставилия я изпълнител. НЗОК е длъжна да информира системно осигурените относно мерките за опазване и укрепване на здравето им. Като установят условията на труд и други вредни фактори на околната среда, които заплашват здравето на осигурените, лекарите-контрольори уведомяват незабавно работодателя, органите по безопасност по труда, държавния санитарен контрол, държавния ветеринарен санитарен контрол и органите за опазване на околната среда за вземане на необходимите мерки. При ползване на медицинска помощ осигурените са длъжни да представят здравно осигурителната си книжка или документ, удостоверяващ заплатените вноски. Медицинската помощ извън договореното в НРД не се заплаща от НЗОК. Неосигурените лица по този закон заплащат оказаната им медицинска помощ.