



Зравно осигуряване

Доц. Г. Петрова, д.ф.н.



Системи на здравеопазване

- Бисмарков модел – приоритетно финансирани чрез здравно осигуряване;
- Модел на Беверидж – приоритетно финансирани чрез данъци и такси;
- Исторически основани на Модел Семашко, които са в процес на промяна;
- Здравно застраховане.



Страните в Европа според системата на здравеопазване

Здравно осигурителни

Данъчни системи

**От централен контрол към здравно осигуряване
СЕЕ страни**

Бивши Съв.

Добре изградени

Австрия
Белгия
Франция
Германия
Люксембург
Хонландия
Швейцария

Добре изградени

Дания
Финландия
Исландия
Ирландия
Норвегия
Швеция
Великобритания

В преход

Израел
Турция
Португалия
Испания

В преход

Гърция
Италия

Албания
Босна и Херцеговина
България
Хърватска
Чехия
Естония
Унгария
Латвия
Литва
Полша
Румъния
Словакия
Словения
Македония

Армения
Азербайджан
Беларус
Грузия
Киргистан
Казахстан
Молдова
Таджикистан
Туркменистан
Русия
Украйна
Узбекистан

Фундаментална концепция на здравното осигуряване

- Споделяне на риска и заплащането на заболяванията между група хора или обществото.



Приоритети на здравното осигуряване

- **Равнопоставеност** – всеки човек трябва да има равни права на здравеопазване;
- **Потребности и солидарност** – ресурсите трябва да се предоставят на места с по-висок риск, които имат по-малък шанс да удовлетворят нуждите си;
- **Стойностна ефективност** – задължителна в случай на избор между алтернативи.



Форми на финансиране на здравното осигуряване

- Държавно финансиране – средствата се събират чрез данъци. Обикновено финансира рискови групи или професии;
- Социално осигуряване – средствата се сълбират чрез вноски от работещи и работодатели. Те се сълбират в ЗОФ, който заплаща здравните услуги. ЗОФ са независими институции със собствено управление.
- Частно осигуряване – основано на риска поеман от осигурените лица. Осигурените заплащат осигурителни (застрахователни) премии, съответстващи на риска.
- Директно заплащане – потребителите заплащат консумираната услуга в съответствие с тарифа.



Здравното осигуряване като метод на финансиране на здравните услуги

- Стабилен източник на финанси за извършени услуги;
- Финансовия поток е явен и може да се контролира;
- Защитава правата на потребителите на здравни услуги;
- Комбинира “унифициран риск” и подпомага разпределянето на ресурсите в съответствие със покупателните възможности;
- Работи за постигане на здравната политика в здравеопазването, но също може да запази идентичността си и независимостта от Правителството.



Проблеми на здравното осигуряване

- Висока стойност на административните разходи;
- Проблеми с цените;
- Осигуряване на селскостопански работници и частно практикуващи.



Задължителни и свободно избираеми фондове

- **Задължителни:**
 - Покриват изцяло всички рискове;

- **Свободно избираеми:**
 - Не съответстват на целите на здравеопазването;
 - Достъпни за работещи и активни хора.



Брой на ЗОФ

Един фонд

■ Предимства:

- Намалява административните разходи;
- Лесно се контролира;
- Събира всички средства на едно място и може да изплати по-големи суми;
- Контролира здравните специалисти лесно;
- Осигурява равнопоставен достъп до здравно обслужване.

■ Недостатъци:

- Елиминира конкуренцията;
- Хората нямат избор;
- Има риск от загуби, провал, свръх администриране и трудно управление.

В идеалния случа хората би трябвало да имат възможност да избират поне между два фонда, за да съществува конкуренцията.

Видове взаимоотношения между фонда и здравните специалисти

- Директни взаимоотношения – здравно осигурителния фонд притежава болниците и амбулаториите. Основен проблем обикновено е качеството на здравните услуги при тези взаимоотношения. Основна част от страните по света използват този подход.
- Индиректни взаимоотношения – фондът договаря здравните услуги с изпълнителите. Основен проблем обикновено е контрола над цените.
- В много страни се наблюдава тенденция интересите на изпълнителите на здравни услуги да доминират над интересите на потребителите. Това може да се избегне чрез конкретни мерки като:
 - Да се намали броя на здравните специалисти работещи във фонда;
 - Да се включват професионалните организации като консултанти, а не като изпълнители;
 - Прецизни договори за да са ясни взаимните намерения и възможности..

Финансиране на ЗОФ

■ Държавните бюджетни средства се използват обикновено за следните цели:

- Заплащат здравните разходи на широки социални групи – с нисък доход, деца, инвалиди, и др.
- Покриват бюджетния дефицит – обикновено правителството покрива разликата между събраните вноски и необходимите средства;
- Субсидират инвестициите – нови болници, трансфер на технологии и др.;
- Заплащане за специални здравни услуги – имунизации и др.



Финансиране на ЗОФ

■ **Вноски**

- Вноските се заплащат само от осигурените лица в случай, че има повече от един фонд. В случай на задължително осигуряване се заплащат от всички граждани в съответствие със ЗЗО.
- Вноските се установяват в зависимост от заплатата като % или сума. Обикновено има пределна горна сума.

■ **Доплащане**

- Заплаща се според вътрешни тарифи и най-често се използва при безплатните лекарства.

■ **Потребителски такси**

- В случай на нездравословен начин на живот или рискови професии, според може дза се изисква допълнителна такса съответстваща на по-високия риск. (Франция – част от данъка за колите се прехвърля към ЗОФ).

Други финансoви източници

- Наказателни лихви.
- Наказателни глоби;
- Платени здравни услуги;
- Компенсации от други осигурителни компании и предприятия;
- Продадени услуги, оборудване и др.



Договориране

- Широко прието във всички страни защото:
 - Подпомага децентрализацията;
 - Подобрява услугите;
 - Подобрява планирането на здравните услуги;
 - Подобрява управлението на здравните услуги.



Основни моменти при договорирането

- Минимално необходимите данни за ефективно договориране включават данни за визитите на пациентите, разходи по специалисти и диагностични групи, демографски данни за пациентите и за риска. Изграждането и поддържането на информационна система е свързано с големи инвестиции.
- Стриктна оценка на необходимите разходи (потребности, представяне, анализи, проследяване, договори и др.);



Заплащане на специалистите и институциите

■ Заплащане на лекарите:

- Такса за услуга – основана на тарифа;
- Заплата – за работни часове или дни;
- Натрупване – заедно с позволеното да се натрупват награди за добра практика, които се комбинират с един от първите два вида заплащане.



Методи на заплащане в ЕС

Страна	Вид на плащането	Брой визити на осигурен	Доплащане
Австрия	Такса за услуга	5	20% населението заплаща 10
Белгия	Такса за услуга	8	Самонаетите заплащат пълни разходи
Дания	28% натрупване, 63% такса за услуги, 9% други	4.4	Няма
Франция	Такса за услуга, заплата	6	25%
Германия	Такса за услуга	13	Няма
Ирландия	Такса за услуга, натрупване	7	Няма
Италия	Натрупване	11	Не при бедни
Люксембург	Такса за услуга	-	5%
Хонландия	Такса за услуга, натрупване	6	Не за бедни
Швейцария	Не заплащат с ниски доходи	11	10% от стойността
Хонландия	Натрупване и такса за услуга	6	Не
Финландия	Заплата	4	US \$0.17
Гърция	Заплата	5	Не
Норвегия	35% заплата, 65% такса за услуга.	-	30% от цената на някои услуги
Португалия	Заплата	3	Не
Испания	Заплата, такса за услуга	6	Не
Швеция	Заплата	3	US \$ 6-9

Заплащане на болниците

■ Ретроспективен подход:

- Заплаща се въз основа на извършените услуги според ценови лист;
- Пациенто дни – дневни такси за престой;
- Лекувани случаи – заплащане по лекувани пациенти;

■ Проспективен подход:

- Предоставя се общ бюджет на болницата за определен период от време. Той може да се изчислява въз основа на извършени разходи по предоставени услуги, данни за минали периоди, брой легла, брой обхванато население или брой бъдещи услуги, които ще се предоставят.

Заплащане на болниците в избрани страни

Страна	Източник на финансиране	Проспективно бюджетирание	Service based financing
Австрия	Осигурителен фонд		Осигурително финансиране според продължителността на престоя
България	Децентрализирано плащане на такси	Общо проспективно	
Финландия	Децентрализирано плащане на такси		Реимбурсиране по предоставени услуги
Франция	Осигурителен фонд	Общо проспективно	
Германия	Осигурителен фонд	Гъвкаво проспективно	
Унгария	Осигурителен фонд		Заплащане според показатели за качество
Нидерландия	Децентрализирано плащане на такси	Общо проспективно	
Италия	Децентрализирано плащане на такси	Проспективно общо включващо тарифи, основани на диагностично свързани групи	
Латвия	Таксация		Дневни разходи по услуги
Полша	Таксация	Годишно общо бюджетно	
Словакия	Осигурителен фонд	Дневни разходи за леглоден	
Словения	Задължително осигуряване	Годишно проспективно фин.	
Швеция	Децентрализирано плащане на такси	Проспективно финансиране по отделения	

Здравно осигуряване в България

- Идеята за фондов принцип за финансиране на здравеопазването се лансира за първи път в Княжество България през 1878г. в теоритичния труд на д-р. Димитър Моллов "Соображения об устройстве медицинской части в Болгарии".
- 1936г. - "Цялостна здравна служба" на д-р Захари Бочев, чиято идея е да се изгради универсална и достъпна за цялото население система за здравна помощ, финансирана от осигурителен фонд и управлявана децентрализирано;
- 1918г. - Първият здравно осигурителен закон в България - "Закон за работническите осигуровки относно рисковете болест и злополука";
- 1924г. - "Закон за обществените осигуровки", който въвежда задължително осигуряване на всички работници и служещи в държавни и частни предприятия и организации за рисковете злополука, болест, майчинство, инвалидност и старост.
- 1925г - осигуряването срещу безработица се въвежда с отделен закон.
- Медицинската помощ се оказва за сметка на Фонд за обществени осигуровки, в който 2/3 от приходите се набират от работодателите и държавата и 1/3 - от работещите хора. От средствата на фонда се отпускат заеми за строеж на здравни и социални заведения. Осигурените граждани имат право на свободен избор на лекар.
- 1945г. - "Закон за Фонда "Здравна застраховка на служителите, пенсионерите и членовете на семействата им", с който се разширява кръга на осигурените граждани.
- 1948 - 1949г. се отчуждават частните болници, клиники, зъболекарски дружества и аптеки.
- След 1950г. здравно осигурителният принцип във финансиране на здравеопазването се заменя с държавна здравна система, финансирана от общи данъчни приходи, по съветски модел (Семашко).
- 1998 – Закон за здравното осигуряване



Реформа след 1990

- В стратегията на Министерството на здравеопазването от 1998г. включена в националния план за развитие на страната до 2006г. са залегнали следните приоритети на реформата:
 - смяна на системата на финансиране;
 - реструктуриране на здравната инфраструктура;
 - подобряването на качеството на медицинските услуги и повишаване на тяхната икономическа ефективност;
 - децентрализация на управлението на здравеопазването;
 - въвеждането на договорното начало като основен принцип в системата;
 - изнасяне на медицинските дейности максимално сред населението чрез укрепване на системата на първичната здравна помощ.
- За осъществяването на тези основни направления на реформата са необходими координираните действия на трите основни институции върху които почива новия модел на здравеопазването у нас – Министерството на опазването, Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и съсловните организации на лекарите и стоматолозите (БЛС, БСС).

ЗЗО

- Задължително и доброволно здравно осигуряване;
- **Задължителното здравно осигуряване се осъществява на принципите на:**
 - задължително участие;
 - участие на осигурените и работодателите в управлението на НЗОК;
 - солидарност на осигурените при ползването на набраните средства;
 - отговорност на осигурените за собственото им здраве;
 - равнопоставеност при ползването на медицинска помощ;
 - самоуправление на НЗОК;
 - договаряне на взаимоотношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ;
 - публичност в дейността на НЗОК.
- **Доброволното здравно осигуряване е допълнително и се осъществява от акционерни дружества, регистрирани по Търговския закон и получили лицензия по реда на ЗЗО.**





- Предвидените в закона срокове за въвеждането на ЗЗО предполагат двуетапен модел на въвеждане на системата. Той е съобразен с принципите, върху които почива реформата в здравеопазването – за разделяне на извънболничната от болничната помощ с поставяне на акцента върху първичната помощ.



- Макрорамката на ЗЗО предвижда през 2000г. да се въведе здравно осигуряване за извънболнична помощ, а от 2001г. да се премине към договаряне с болниците. Събирането на вноските от населението да започне предварително: 6 месеца преди началния старт за сключване на договорите – от 1.07.1999г., а месец преди крайния срок за старта да бъде подписан Националният рамков договор.



НЗОК

- Институцията, която осъществява осигуряването, като поема риска от предвидените неблагоприятни за осигурените лица последици, се нарича осигурителен орган. Той е определен в закона орган, който има право и задължен да предоставя предвидените в закона осигурителни престрации. Този орган управлява осигурителния фонд – паричните средства, чрез които се осъществява осигуряването. Осигурителният орган в системата на задължителното здравно осигуряване е НЗОК. Според ЗЗО НЗОК е юридическо лице, което му дава възможност да участва в правния живот, да поема имуществени и други права и задължения и да отговаря при тяхното неизпълнение. Качеството юридическо лице прави НЗОК субект на права и задължения.
- НЗОК се състои от централно управление и районни и здравноосигурителни каси (РЗОК). Централното управление на НЗОК се намира в седалището на касата – София. То осъществява ръководство и контрол върху цялостната дейност на НЗОК и нейните териториални подразделения. Органите на централно управление на НЗОК са: събрание на представителите, управителен съвет, контролен съвет и директорът на НЗОК. Териториалните подразделения на НЗОК са РЗОК.





Управлението на НЗОК е възложено на събрание на представителите, контролен съвет, управителен съвет и директор.

- Събранието на представителите е върховният орган на НЗОК - има определен мандат – 4 години. Понеже законът не установява ограничение за броя на мандатите на членовете на събранието на представителите, те могат да бъдат излъчвани и за втори и за следващ мандат. Възможно е обаче мандатът на член от събранието да бъде прекратен преди изтичането на 4-те години.



- В събранието на представителите участват представители на осигурените лица, на работодателите и на държавата. Представителите на държавата се определят от Министерският съвет. Представителите на работодателите се излъчват от представителните организации на работодателите. Представителите на осигурените са две групи. Първата група включва представители на всички осигурени. Те се избират от събрание на общините в съответната област. Това събрание се състои от по един (за общините Варна и Пловдив- по двама, а за София град- по един от всеки район) представител. Тези представители се определят от общинските съвети. Втората група включва представителите на осигурените работници и служители. Представителството ѝ е отредено на представителните организации на работниците и служителите, които определят своите представители въз основа на свои вътрешни правила.



- Самото събрание на представителите е паритетен орган, защото участието на различните страни в него е с по равен брой лица – по 18 души.





- На събранието на представителите е възложено решаването на най-важните въпроси от дейността на касата:
 - приемането и изменението на правилника за устройството и дейността на НЗОК;
 - приемане на правилници за работа на управителния съвет и контролния съвет;
 - приемане и изменение на Правилника за устройството и дейността на РЗОК;
 - избиране и освобождаване на членовете на управителния съвет и контролния съвет;
 - определяне на възнаграждението на членовете на управителния и контролния съвет;
 - приемане на проект на закон за годишния бюджет на НЗОК;
 - одобряване на годишния счетоводен отчет на НЗОК;
 - приемане на решение относно отговорността на управителния съвет за отчетния период;
- Събранието на представителите на НЗОК не е постоянно действащ орган. То действа чрез своите заседания.



- Постоянно действащ колегиален орган на управление на НЗОК е управителният съвет. Той се състои от 9 души определени от събранието на представителите. Членове на съвета могат да бъдат както членове на събранието на представителите, така и други лица. Мандатът им е 4 години. Понеже законът наустановява ограничение за броя на мандатите, членовете на управителния съвет могат да бъдат избрани повторно.
- Управителния съвет, както събранието на представителите на НЗОК, действа чрез своите заседания. В заседанията на управителния съвет участва и директорът на НЗОК. Участието му се изразява в присъствие на заседанието и изразяване на становище по обсъжданите въпроси. Директорът на НЗОК обаче не може да участва в приемането на решенията, т.е. в гласуването. Необходимият кворум за провеждане на заседание на управителния съвет е $2/3$ от членовете му, а необходимото мнозинство за приемане на решения е 5 гласа.



- Управителния съвет на НЗОК прилага принципа на законосъобразността, а не на целесъобразността в работата и приемането на съответните решения. Той работи в съответствие със закона, Правилника за устройството и дейността на НЗОК и Правилника за дейността на управителния съвет. Неговата дейност е свързана със :
 - подготвя законопроекта за годишния бюджет на НЗОК;
 - предлага законопроекта за приемане от събранието на представителите;
 - внася приетия от събранието на представителите проект в Министерския съвет;
 - предлага отчет за бюджета на НЗОК пред събранието на представителите;
 - представя НЗОК подготовката и сключването на Националния рамков договор(НРД) – управителния съвет участва от името на НЗОК във воденето на преговорите, постигането на споразумението и подписването на НРД, чрез който се определят предоставените от касата здравни услуги. Управителния съвет подготвя и внася в редакцията на “ Държавен вестник” сключения НРД;
 - сключва заеми – в случаите когато наличните средства на НЗОК не са достатъчни за поемане на разходите на здравни услуги;



■ Функциите на директора на НЗОК са:

- представителни – Директорът представлява НЗОК в рамките на правомощията, предоставени му от управителния съвет. Директорът представлява и НЗОК като работодател – сключва , изменя и прекратява договорите с директорите на РЗОК и с работниците и служителите в централното управление на НЗОК;
- управленски – Директорът организира и ръководи дейността на НЗОК, подготвя законопроекта за годишния бюджет и отчета за дейността ѝ и ги представя в управителния съвет;

Осигурени лица

- Всички български граждани, които не са граждани и на друга държава;
- Български граждани, които са граждани и на друга държава и постоянно живеят на територията на Р. България;
- Чужди граждани или лица без гражданство, на които е разрешено дългосрочно пребиваване в България, освен ако е предвидено друго в международен договор, по който Република България е страна;
- Лица с предоставен статут на бежанец или с предоставено право на убежище.



Права на осигурените лица

- Да получават медицинска помощ в обхват, договорен в Национален рамков договор (НРД) и в договорите между РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ;
- Да избират един изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с РЗОК;
- Спешна помощ там, където попаднат;
- Информация от РЗОК за договорите, сключени от нея с изпълнителите на медицинска помощ;
- Да участват в управлението на НЗОК чрез свои представители;
- Да подават жалби пред директора на съответната РЗОК при нарушения на закона и на договорите.



Обхват на медицинската помощ

- Медицински и стоматологични дейности за предпазване от заболявания;
- Медицински и стоматологични дейности за ранно откриване на заболявания;
- Извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод на заболяване;
- Медицинска рехабилитация;
- Неотложна медицинска помощ;
- Медицински грижи при бременност, раждане и майчинство;
- Аборти по медицински показания и при бременност от изнасилване;
- Стоматологична и зъботехническа помощ;
- Медицински грижи при лечение в дома;
- Лекарствени продукти и консумативи за домашно лечение;
- Медицинска експертиза на трудоспособността;
- Транспортни услуги по медицински показания.





- Съдържанието и редът за предоставяне на медицинска помощ на осигурените лица се определят в НРД. Той трябва да включва клаузи относно изпълнителите на медицинска помощ; видовете медицинска помощ; условията и реда за нейното предоставяне; обема, цените и методиката за заплащането ѝ; изискваното качество; документацията и документооборота; лекарствата и лекарствените средства ; информационното осигуряване; контрола и отговорността при неизпълнение на задълженията по договора.
- Главните страни в НРД са НЗОК, която защитава интересите на осигурените и е представена от членовете на управителния съвет и директора си (общо 10 души) и БЛС и БСС защитаващи интересите на изпълнителите на медицинска помощ, представени от 10 души, определени по установените за съсловните организации ред.
- НРД се сключва ежегодно, веднага след което се обнародва в “Държавен вестник”. Договорът се приема пре преходната за следващата година. Ако до края на преходната година не бъде сключен, действието на договора се продължава по силата на закона. В този случай цените на медицинската помощ се индексира с официалния инфлационен индекс за преходната година и се обнародват в “Държавен вестник”.

НРД - Съдържание

- Условието и реда за определяне на изпълнители на медицинска помощ, с които РЗОК сключва договор;
- Отделните видове медицинска помощ;
- Условието и реда за оказване на помощта;
- Обема, цените и методиката за заплащане на помощта;
- Качеството и достъпността на договаряната медицинска помощ;
- Документацията и документооборота;
- Списъците на лекарствените продукти, за които НЗОК напълно или частично заплаща, договорени с производители, дистрибутори и аптеки;
- Задълженията на страните по информационното осигуряване и обмена на информация;
- Условието и реда за контрол по изпълнението на договорите;
- Други въпроси от значение за здравното осигуряване;
- Санкции при неизпълнение на договора.



- Наред със задължителното здравно осигуряване ЗЗО предвижда и доброволно здравно осигуряване, предоставящо на осигурените лица медицинска помощ. За осъществяването на доброволното здравно осигуряване се сключват договори между осигурения и осигурителното дружество. Договорът съдържа вида и обема на медицинските и други услуги, които осигурителят гарантира на осигурения, както и осигурителната премия по този договор. Цените на медицинските и други услуги – предметът на доброволното здравно осигуряване, както и редът за тяхното осъществяване се договарят между осигурителните дружества, които по ЗЗО са акционерни дружества регистрирани по ТЗ и притежаващи лиценз за доброволно здравно осигуряване и изпълнителите на медицинска помощ.

- От съществено значение за правното функциониране на задължителното и доброволно здравно осигуряване е контролът върху дейността на здравното осигуряване. В зависимост от обекта на контрола в областта на здравното осигуряване са предвидени няколко системи на контролни органи:
 - 1) финансов контрол. Той се отнася до бюджета на здравното осигуряване. Осъществява се от Сметната палата, финансови инспектори на РЗОК и контролните органи на НОИ;
 - 2) контрол върху оказването на медицинска помощ. Той е свързан с предоставянето на дължимите от системата на здравно осигуряване осигурителни престрации;
 - 3) специализиран здравноосигурителен надзор. Отнася се до спазването на законодателството по здравно осигуряване;

Заплащане на лекарства

- При хоспитализация – част от стойността на терапията в болница;
- При амбулаторни заболявания – според различни критерии.



Критерии за заплащане на амбулаторни лекарства

- **социални** – според социалния статус на пациентите се заплащат само лекарствата на тези групи – деца, пенсионери, с ниски доходи, инвалиди и др.;
- **медицински** – хронично болни, животозастрашаващи и социални болести, инфекциозни болести и др.;
- **според лекарствата** – разделят се лекарствата на животоспасяващи основни и неосновни.



Предимства и недостатъци на социалния подход

■ *Предимства*

- Политически приемлив;
- Подпомага тези, които наистина имат нужда.

■ *Недостатъци*

- Подпомага малки групи от населението, които не заплащат осигуровки;
- Трудно се контролира предписването и употребата;
- Обикновено това са най-големите потребители и консумират много средства;
- Обикновено се използва при бюджетното финансиране.



Предимства и недостатъци на здравния подход

■ *Предимства*

- Свързано с болестността;
- Ако има добра медицинска статистика е лесно да се контролира;
- Лесно се прогнозираат лекарствата и средствата

■ *Недостатъци*

- Изисква структура и надеждна статистика;
- Изисква стандартни схеми на лечение;
- Нуждае се от допълнителни фондове за социално слаби;



Предимства и недостатъци на лекарствения подход

■ *Предимства*

- Свързан с характеристиките на фармацевтичния пазар;
- Не разделя хората;
- Фокусира се на важността на лекарството;
- Засължително е да се контролират цените.

■ *Недостатъци*

- Трудна се контролира употребата;
- Изисква стриктен ценови контрол;
- Изисква доказателства за лекарствената ефективност и рискове.



Мерки и практика на реимбурсиране в други страни

Стратегия	A U T	B	D K	F	D	FI N	G R	IR L	I	L U X	N L	P	E	S W E
Контрол на цените	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Средна цена									X		X			
Сравнение вътре в страната		X					X	X	X	X	X	X	X	
Контрол на печалбата														
Референтни цени			X		X				X		X			X
Отрицателен списък					X			X	X	X			X	
Положителен списък	X	X	X	X		X	X		X		X	X		X
Контрол на промоцията				X									X	
Замразяване на цени		X						X	X		X		X	
Намаление на цени		X			X						X		X	
Медицинска ефективност и преговори с компании				X										
Бюджети за лекари					X				X					
Базирана на подобрене спрямо съществ. продукти		X												
Горна граница за фармацевтични разходи									X				X	
Развитие на пазар за генерици			X	X	X			X			X			
Фармако-икономически изследвания за ниво на реимбурсиране	N	Y	N	Y	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	Y

Практика на реимбурсиране в България

- МЗ- Наредба 23 за скъпоструващи и живостоспасяващи ЛП;
- МЗ – Списък с лекарства за ветерани от войните;
- НЗОК – списък с лекарства за амбулаторно болни.



Наредба 23

- Наредба 23 регламентира заплащането на лекарства, които не се покриват от НЗОК. Това са живоспасяващи лекарства с високи цени.
- Диагнозите включени в Наредба 23 са HIV-AIDS, онкологични, химофилия, хемодиализа и редица други скъпо струващи лечения на хронично болни.
- Лекарствата са публикувани в Списък към съответстващите заболявания под INN (122 INN)
- Доставката се организира чрез търгове провеждани от МЗ.
- Договорената цена трябва да бъде по-ниска от пределната цена на едро.
- На всеки два месеца болниците получават лекарства от ТЕ след предоставяне на информация за болестността, амбулаторните посещения и наличните количества в болниците. Лекарствата се отпускат от болничните аптеки чрез специални рецептулни бланки.




Реимбурсиране от НЗОК

- Отпускането на лекарствата се извършва чрез договори с над 1000 аптеки въз основа на одобрен в НРД и официално публикуван списък с лекарства. Лекарствата в списъка също така са подбрани според предварително определени заболявания, като степента на реимбурсиране зависи от важността на лекарството за лечение на съответното заболяване (ЖОНЛ).
- Лекарствата за заболявания като диабет, паркинсонизъм, мултипла склероза и някои психични болести се заплащат 100% от НЗОК. Останалите около 1556 (INN 394) търговски наименования се реимбурсират частично - 25, 50%, или 75%.
- Подборът на лекарствата се извършва от Комисия , в съответствие със следните критерии:
 - Лекарството да е разрешено за употреба в страната.
 - Активните съставки трябва да бъдат включени в списъка с INN на НЗОК;
 - Пакетирането трябва да съответства на средно месечния курс на лечение на хроничните заболявания или курса на лечение на острите заболявания.
 - Показанията, за които се изисква лекарството да се включи в списъка трябва да съответстват на кратката характеристика на продукта.
- Цените на лекарствата са в рамките на пределните цени на дребно.

Реимбурсиране на ветерани

- Наредба 17 на МЗ включва 80 лекарства, подредени по INN r и терапевтични групи. Списъкът се осъвременява ежегодно.
- Ветераните заплащат 25% от цената на лекарствата в аптеката, а останалата част от стойността се заплаща от общините след представяне на фактура и копие от рецептите.

Отпускане на лекарства по безплатни рецепти

 <p>Лекарства, заплащани напълно или частично от НЗОК</p>	Бланка на НЗОК в три химизирани екземпляра, валидна 7 дни.	При остри състояния в количество за до 10 дневно лечение; а при хронични състояния до 30 дни при запазване целостта на опаковката.	Еднократно до 3 продукта на рецепта.	При неправилно издадени рецепти или липсващи данни или изтекъл срок се връщат.
 <p>Лекарства за ветерани от войните, заплащани чрез общините</p>	Обикновена бланка в 2 екз. под индиго.	До 3 лекарства в количество за до 10 дневно лечение, при хронични състояния – до 30 дни при запазване целостта на опаковката.	Пациента заплаща 25%, а останалата сума е за сметка на бюджета. Издава се фактура.	По Приложение на Наредба М
 <p>Всички останали лекарства с режим на отпускане по лекарско предписание</p>	Обикновена бланка.	В количества, непревишаващи максималните терапевтични дози. Посочва се кратността на изпълнение.	Толкова пъти, колкото е указал лекаря в терапевтични дози.	-