

БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ
изх. № 297
09.07 2026 г.
УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ

ДО
ПРОФ. Д-Р КОСТАДИН АНГЕЛОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЯ ПО
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

СТ А Н О В И Щ Е

От
БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ, с код по БУЛСТАТ
121855943, със седалище и адрес на управление: гр.
София 1606, район „Красно село“, ул. „Доспат“ № 2

Относно: Законопроект за бюджета на Националната
здравноосигурителна каса за 2026 г., № 52-602-01-17,
внесен от Министерски съвет на 1 юли 2026г.

УВАЖАЕМИ Г-Н ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЯ ПО
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО,

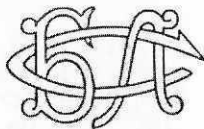
Във връзка с Ваше писмо с изх. № КЗ-52-653-15-18/02.07.2026г.
относно Законопроект за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2026 г., №
52-602-01-17, внесен от Министерски съвет на 1 юли 2026г. (наричан по-долу за краткост
„Законопроекта“), Ви уведомяваме за следното:

Оценяваме положително усилието за запазване на баланса и предвидимостта на
публичното здравно осигуряване, но същевременно считаме за свой дълг да посочим както
силните страни, така и съществените дефицити на предложената бюджетна рамка,
доколкото те засягат пряко достъпа на българските граждани до медицинска помощ и
устойчивостта на лечебната мрежа.

I. Запазване на утвърдените финансови пропорции между извънболничната и болничната помощ

Българският лекарски съюз отчита като положителен факт, че Законопроектът за 2026
г. като цяло запазва структурата и относителните дялове на здравноосигурителните
плащания между отделните направления на медицинската помощ - първична
извънболнична (ПИМП), специализирана извънболнична (СИМП), медико-диагностична
дейност (МДД), дентална и болнична помощ, така както те са се формирали през
последните бюджетни години. Съхраняването на тази структурна стабилност е важна
предпоставка за предвидимост на договорния процес по Националния рамков договор и за
нормалното планиране на дейността на изпълнителите.

Общият размер на бюджета нараства от 4 844 345,5 хил. евро (ЗБНЗОК за 2025 г.) на
5 256 677,2 хил. евро за 2026 г., т.е. с 412 331,7 хил. евро (около +8,5%), а



здравноосигурителните плащания - с 395 960,6 хил. евро. Съотношението на приходната част остава изградено върху здравноосигурителна вноса от 8 на сто. За съпоставимост данните за 2025 г. по-долу са преизчислени в евро по официалния фиксиран курс 1 евро = 1,95583 лева, като полученият сумарен ръст съвпада с посочения в мотивите на вносителя, което потвърждава коректността на съпоставката.

Съпоставка на основните показатели (ЗБНЗОК 2025 спрямо ЗБНЗОК 2026):

Направление (ред по чл. 1, ал. 2)	ЗБНЗОК 2025 (хил. €)*	ЗБНЗОК 2026 (хил. €)	Изменение
ПРИХОДИ/РАЗХОДИ - ВСИЧКО	4 844 345,5	5 256 677,2	+8,5%
Здравноосигурителни вноски	2 938 243,3	3 187 527,6	+8,5%
Трансфери за здравно осигуряване	1 794 483,5	1 950 743,0	+8,7%
Здравноосигурителни плащания - общо	4 537 142,2	4 933 102,8	+8,7%
Първична извънболнична помощ (ПИМП)	331 101,2	345 609,8	+4,4%
Специализирана извънболнична помощ (СИМП)	336 541,8	351 246,0	+4,4%
Медико-диагностична дейност (МДД)	155 360,8	168 254,3	+8,3%
Дентална помощ	212 935,8	231 049,4	+8,5%
Болнична медицинска помощ (БМП)	2 124 560,7	2 341 939,3	+10,2%
Лекарства, медицински изделия, диет. храни	1 211 010,7	1 334 348,5	+10,2%
Резерв (чл. 1, ал. 2, ред 1.3)	141 981,8	154 148,1	+8,6%

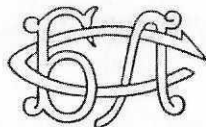
* Стойностите за 2025 г. са преизчислени от лева в евро по курс 1 € = 1,95583 лв. с цел съпоставимост с изразения в евро бюджет за 2026 г.

Същевременно обръщаме внимание върху обезпокоителна вътрешна диспропорция в темповете на растеж.

Макар пропорциите формално да се запазват, ръстът на средствата е подчертано неравномерен. Докато болничната медицинска помощ и разходите за лекарствени продукти нарастват с над 10 на сто (+10,2%), а общият бюджет - с 8,5 на сто, средствата за първичната и за специализираната извънболнична помощ се увеличават едва с 4,4 на сто - близо два пъти по-бавно от средния ръст и почти три пъти по-бавно от болничната помощ. Това означава, че декларираното в мотивите „гарантиране на достигнатите нива“ за ПИМП и СИМП на практика представлява реален спад на финансирането на извънболничната помощ, тъй като номиналното увеличение от 4,4 на сто е под очаквания темп на инфлация и под ефекта от нарастващите разходи за труд, енергия, консумативи и медицинска апаратура.

При механично дефлиране на този номинален ръст спрямо отчетената за 2025 г. инфлация реалният ефект е практически нулев: около +0,9 на сто при използване на хармонизирания индекс ХИПЦ от 3,5 на сто и около -0,2 на сто при използване на средногодишния ИПЦ от 4,6 на сто. Това потвърждава, че увеличението за ПИМП и СИМП не създава реален допълнителен ресурс, а в най-добрия случай частично запазва вече обезценената база.

Липсата на достатъчно средства за извънболничната помощ измества пациентски поток към болниците и спешните отделения за състояния, които биха могли и следва да бъдат овладени на извънболнично ниво, което оскъпява системата като цяло.



II. Средствата на НЗОК се разходват срещу конкретно извършена дейност и не представляват субсидия

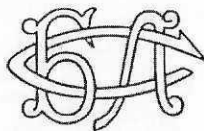
Българският лекарски съюз счита за принципно важно при разглеждането и прилагането на бюджета на НЗОК да се прави ясно разграничение относно правната и икономическата природа на средствата, които НЗОК изплаща на изпълнителите на медицинска помощ. Тези средства не са субсидия, дотация или безвъзмездно държавно финансиране на издръжка. Те представляват заплащане за конкретно извършена, отчетена и проверена медицинска дейност по реда на чл. 55 и следващите от Закона за здравното осигуряване, на принципа „парите следват пациента“.

Тази квалификация не означава, че НЗОК престава да бъде публичноправен субект или че отношенията ѝ с изпълнителите са изцяло частноправни. Същественото е, че плащането не се предоставя като обща институционална издръжка, а е обусловено от наличие на конкретно отчетена, проверима и подлежаща на контрол медицинска дейност, извършена в полза на здравноосигурено лице. В този смисъл средствата имат характер на целево заплащане за закупуване на здравни дейности, а не на безусловна субсидия за поддържане на структура.

Лечебното заведение получава средства само ако и доколкото е оказало медицинска помощ, т.е. при неизвършване, неотчитане или неодобряване на дейността плащане не се дължи, а вече платени суми подлежат на възстановяване при констатиран отказ или нарушение в хода на медицинския контрол. Това е типичното съдържание на двустранен възмезден договор - престация срещу насрещна престация, дължима срещу постигнат и удостоверен резултат. Лечебното заведение не получава фиксиран бюджет за издръжка, който да изразходва по своя преценка, а инкасира цена за всеки отделен отчетен и приет случай - по клинична пътека, амбулаторна процедура или друг остойностен елемент, при предварително договорени в Националния рамков договор обеми и стойности и последваща проверка за основание и съответствие.

В същата посока е и системната уредба на ЗЗО, според която задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, а НЗОК закупува от изпълнителите на медицинска помощ здравни дейности по вид, обем, цена и критерии за качество и достъпност. Следователно бюджетният дебат не следва да третира тези плащания като свободно разпределяема субсидия, а като цена на гарантирания от закона пакет, дължима при наличие на извършена и отчетена дейност.

Не по-малко съществено е и обстоятелството, че бюджетът на НЗОК се формира основно от задължителните здравноосигурителни вноски на осигурените лица и на работодателите, а не от данъчни приходи на държавния бюджет. По своята правна и икономическа природа това са целеви вноски на самите граждани за тяхното здравно осигуряване, които пораждат насрещно право, а именно правото на осигуреното лице да ползва гарантирания от бюджета на НЗОК пакет от здравни дейности. Здравноосигурителната вноска не е данък, защото тя запазва целевия си характер през целия



си жизнен цикъл, акумулира се в самостоятелен фонд и може да се разходва единствено за заплащане на здравни услуги в полза на осигурените лица. НЗОК е самостоятелно юридическо лице със собствен бюджет, приеман с отделен закон, и действа като платец на здравни услуги от името и за сметка на осигурените лица - функция, икономически равнозначна на тази на осигурителен фонд, а не на бюджетен разпоредител, който субсидира издръжката на подчинени структури.

Това разграничение има пряко значение за бюджетната политика. От една страна, то означава, че средствата на НЗОК не могат да се третират като държавен резерв за други публични политики, нито да се използват за принудително ангажиране на осигурителната институция със задачи, несвързани с основната ѝ функция да закупува медицинска помощ в полза на осигурените лица. От друга страна, когато бюджетът подценява реалната стойност на дейността (както е при извънболничната помощ и при оригиналните лекарства), това не е „икономия“ от субсидия, а неизпълнение на насрещното задължение на осигурителя към гражданите, платили своите вноски.

Ето защо настояваме философията „заплащане срещу реално извършена и удостоверена дейност“ да бъде запазена и последователно защитавана, а бюджетната рамка да осигурява средства, съответстващи на действителната стойност на договаряната медицинска помощ.

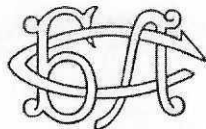
III. Заложените средства не са достатъчни за реалните потребности

Българският лекарски съюз последователно заявява, и потвърждава и с настоящото становище, че предвидените параметри не могат да бъдат определени като достатъчни и адекватни спрямо действителните потребности на здравноосигурените лица от медицинска помощ. При запазен размер на задължителната здравноосигурителна вноска от 8 на сто очевидно е достигнат пределът на възможностите на приходната част при действащия осигурителен модел. Аргументите ни за недостатъчност са следните:

1. Ерозия на реалната стойност на средствата вследствие на натрупаната инфлация.

Номиналният ръст на бюджета следва да се съпоставя не сам със себе си, а с натрупаната инфлация през последните години. За периода 2021-2025 г. България преживя един от най-силните инфлационни епизоди в новата си история. Според официалните данни на Националния статистически институт (НСИ), публикувани на 15 януари 2026 г., годишната инфлация за декември 2025 г. спрямо декември 2024 г., измерена с индекса на потребителските цени (ИПЦ), е 5 на сто, а средногодишната инфлация за 2025 г. е 4,6 на сто (съответно 3,5 на сто по хармонизирания индекс ХИПЦ на Евростат).

Определяща за настоящото становище е обаче натрупаната инфлация, тъй като именно тя измерва обезценяването на базата, върху която се формират цените на медицинските дейности. По официални данни на НСИ натрупаната инфлация за последните пет години (декември 2025 г. спрямо декември 2020 г.) възлиза на 41,4 на сто, измерена с



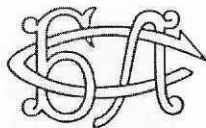
ИПЦ, и на 35,1 на сто, измерена с хармонизирания индекс на Евростат, като за последните три години (декември 2025 г. спрямо декември 2022 г.) натрупаната инфлация е съответно 12,3 на сто по ИПЦ и 10,9 на сто по ХИПЦ. Дори при използване на по-ниската, хармонизирана серия на Евростат, което правим съзнателно, за да останем консервативни, общото поскъпване на потребителската кошница за петгодишния период надхвърля 35 на сто. Този праг е реалният измерител, спрямо който трябва да се чете декларираното в мотивите „гарантиране на достигнатите нива“, т.е. базата от предходни години вече е обезценена с повече от една трета.

Съпоставката с бюджета на НЗОК е показателна. Общият номинален ръст на бюджета за 2026 г. спрямо 2025 г. е +8,5 на сто, а спрямо 2024 г. е +25,9 на сто. Тоест дори натрупаният за две години номинален ръст на целия бюджет (25,9 на сто) остава чувствително под натрупаната петгодишна инфлация (35,1 на сто по ХИПЦ, до 41,4 на сто по ИПЦ на НСИ), без да оставя реален резерв за възстановяване на обезценената база, камо ли за подобряване на достъпа и качеството на медицинската помощ.

Особено тежко е положението при извънболничната помощ. Средствата за ПИМП и СИМП нарастват за 2026 г. с едва 4,4 на сто спрямо 2025 г. Ако инфлацията през 2026 г. остане близка до отчетената за 2025 г. (4,6 на сто по ИПЦ, съответно 3,5 на сто по ХИПЦ), номиналното увеличение от 4,4 на сто за ПИМП и СИМП означава практически нулев реален ръст - а по националния индекс (ИПЦ) дори лек реален спад. Наред с това редица разходни компоненти, които пряко формират себестойността на медицинската дейност, поскъпват значително по-бързо от средното - по данни на НСИ за декември 2025 г. на годишна база цените в група „Жилища, вода, електроенергия, газ и други горива“ са се увеличили със 7,6 на сто, а тези на услугите като цяло също със 7,6 на сто. Това означава, че разходите на лечебните заведения за енергия, издръжка и услуги растат в пъти по-бързо от предвиденото увеличение на финансирането за извънболничната помощ. В резултат реалната (дефлирана) стойност на средствата, достигащи до изпълнителите на ПИМП и СИМП, на практика намалява въпреки номиналното увеличение - тенденция, несъвместима с ролята на извънболничния сектор като първа линия на профилактика, ранна диагностика и диспансерно наблюдение.

2. Нарастващо потребление, застаряване на населението и нарастваща заболяемост.

Финансовата рамка на задължителното здравно осигуряване следва да се разглежда на фона на дълбоките демографски и здравни процеси, които обективно и трайно повишават потребността от медицинска помощ. България е сред държавите с най-възрастно население в Европейския съюз, като делът на лицата на 65 и повече години надхвърля 23 на сто от населението - стойност, значително над средната за ЕС, а страната е сред първите в Съюза по коефициент на възрастова зависимост. Едновременно с това общата численост на населението намалява, а средната му възраст расте. Тази структура има пряко финансово измерение за НЗОК, защото осигурителната тежест се носи от свиваща се работоспособна и осигуряваща се част от населението, докато групата на активно нуждаещите се от



медицинска помощ, включително хронично болните и лицата в напреднала възраст, се разширява. Именно застаряването пряко увеличава честотата на хроничните и на онкологичните заболявания, честотата на множествената съпътстваща патология и нуждата от продължително диспансерно наблюдение, т.е. все дейности, които натоварват едновременно извънболничната и болничната помощ.

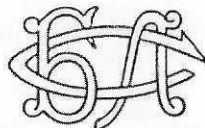
Този натиск се задълбочава от неблагоприятната здравна картина на страната. България системно се нарежда сред държавите в ЕС с най-високи нива на предотвратима и лечима смъртност и с една от най-ниската продължителност на живота в Съюза. Особено тревожна е онкологичната тенденция - според Профила на държавата по отношение на рака за 2025 г. на Европейската комисия и ОИСР България е една от само двете държави членки, в които смъртността от рак се е увеличила през последното десетилетие, докато в останалите държави тя намалява, а страната няма изградени национални популационни скринингови програми за най-разпространените онкологични заболявания. Нарастващата и все по-късно диагностицирана заболяемост означава повече пациенти, нуждаещи се от по-интензивно и по-скъпо лечение, като това е натиск, който неминуемо се пренася върху разходната част на бюджета.

Този обективен ръст на потребността намира отражение и в самата структура на Законопроекта. Не случайно най-бързо нарастващите разходни направления за 2026 г. са именно болничната медицинска помощ и разходите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни, а мотивите на вносителя изрично отчитат нарастващ ръст на разходите за иновативни, биологични и онкологични лекарствени продукти. Тоест самата разходна динамика на бюджета потвърждава, че потребността расте структурно и трайно, а не конюнктурно.

Изводът е, че натискът върху разходната част на здравното осигуряване не е временно явление, а устойчива тенденция, обусловена от демографията и от здравния профил на нацията. Такъв траен ръст на потребността не може да бъде посрещнат за продължителен период при на практика замразена приходна база, стъпваща върху непроменен размер на осигурителната вноска. Обезпечаването на нарастващите потребности изисква приходната част на системата да бъде укрепена по устойчив начин - въпрос, който разглеждаме в следващата точка на настоящото становище.

3. Ниският размер на здравноосигурителната вноска в сравнителен европейски план.

В основата на недостатъчността на приходната част стои един структурен факт, а именно размерът на задължителната здравноосигурителна вноска в България - 8 на сто от осигурителния доход, който остава непроменен от 1 януари 2009 г., когато беше повишен от 6 на 8 на сто. С други думи, ставката не е актуализирана вече близо седемнадесет години, независимо от настъпилите оттогава демографски, епидемиологични и ценови промени, разгледани в предходните точки. Вноската се разпределя в съотношение 60 към 40 между осигурителя и осигуреното лице, т.е. 4,8 на сто за сметка на работодателя и 3,2 на сто за сметка на осигурения.



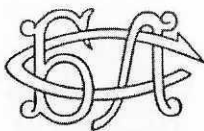
Този размер е съществено под равнищата в редица държави членки, които прилагат осигурителен или преобладаващо осигурителен модел на финансиране на здравеопазването. Съпоставката следва да се прави внимателно, тъй като националните модели не са напълно идентични и в някои държави здравното осигуряване се допълва от фиксирани вноски, данъчни трансфери или допълнителни фондове. Въпреки това сравнението е показателно - в Чешката република общата здравноосигурителна ставка е 13,5 на сто, в Словакия от 2026 г. стандартната тежест при трудово правоотношение достига около 16 на сто, в Словения процентната вноска за задължително здравно осигуряване е 12,92 на сто, към която се добавя отделна задължителна месечна здравна вноска, в Хърватия здравноосигурителната вноска е 16,5 на сто за сметка на работодателя, а в Германия общата ставка за законоустановеното здравно осигуряване включва основна ставка от 14,6 на сто и допълнителна вноска, определяна от съответната здравна каса, при средна стойност около 2,9 на сто за 2026 г. Следователно, дори при отчитане на различията между системите, българската ставка от 8 на сто остава значително по-ниска от равнищата в редица съпоставими осигурителни системи.

Ниската осигурителна ставка е пряка причина за ограничения публичен ресурс, с който системата разполага. Тя предопределя и обстоятелството, че България отделя за здравеопазване един от най-ниските дялове от brutния вътрешен продукт в Европейския съюз и е сред държавите членки с най-нисък размер на публичните разходи за здраве на глава от населението, изчислени по стандарт на покупателна способност, извод, който последователно се потвърждава от докладите на Европейската комисия и ОИСР по инициативата „State of Health in the EU“ и от данните на Евростат. Показателно е, че тази ниска осигурителна тежест съществува на фона на едни от най-неблагоприятните здравни показатели в Съюза, разгледани по-горе, т.е. България посреща по-големи по обем здравни потребности с по-малко ресурс от почти всички съпоставими държави.

Всичко това налага извода, че при непроменена от 2009 г. здравноосигурителна ставка, обективно нарастващи здравни потребности и неблагоприятна демографска тенденция приходната част на системата е достигнала своя предел. Застаряването на населението допълнително задълбочава този проблем, тъй като увеличава броя на лицата с по-интензивна потребност от здравни услуги, докато относителният дял на икономически активните лица, които реално формират осигурителните приходи, намалява. При тези условия устойчивото укрепване на системата не може да бъде постигнато единствено чрез преразпределяне в рамките на вече изчерпан ресурс, а изисква целенасочени решения за увеличаване на приходите, които разглеждаме в следващата точка.

4. Недостигът на публични средства води директно до заплащане от страна на пациентите.

Прякото и най-тежко социално последствие от недостатъчното публично финансиране е прехвърлянето на разходи върху самите пациенти. При ограничен публичен ресурс разликата между действителната потребност и покритото от НЗОК неизбежно се дофинансира частно, т.е. от джоба на болния, а най-често именно от най-уязвимите, а



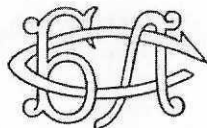
именно възрастните хора, хронично болните и живеещите в по-бедните региони, които същевременно имат най-голяма нужда от медицинска помощ и най-малка способност да я заплатят.

Този структурен проблем е документиран. България последователно е сред държавите в Европейския съюз с най-висок дял на преките плащания „от джоба“ на пациента (out-of-pocket) като процент от общите разходи за здравеопазване. По последните данни в Country Health Profile 2025 за България, изготвен в рамките на инициативата „State of Health in the EU“ на Европейската комисия, ОИСП и Европейската обсерватория за здравни системи и политики, преките плащания „от джоба“ на пациента в България са 36,0 на сто от текущите разходи за здраве през 2023 г. - най-високият дял в Европейския съюз, при средно 16 на сто за ЕС. Тоест българският пациент носи върху личния си бюджет близо двойно по-голяма относителна тежест от средния европейски гражданин.

Тежестта на преките плащания не е самоцелен статистически показател, тя е измерител на достъпа. Високият дял на плащанията „от джоба“ означава, че за част от населението медицинската помощ на практика става финансово трудно достъпна, което поражда т. нар. „катастрофични здравни разходи за домакинствата“ - отлагане или отказ от необходимо лечение и незадоволени медицински потребности, по които показатели България също се нарежда сред най-неблагополучните държави в Съюза. Когато публичният ресурс не покрива реалната цена на необходимата медицинска грижа, недостигът се пренася върху пациента по три типични канала: (i) чрез пряко доплащане на разликата до реалната цена на услугата; (ii) чрез заплащане в пълен размер на изследвания, консумативи, медицински изделия или лекарства, останали извън обхвата на реимбурсацията; (iii) или чрез отказ от лечение, който отлага проблема до по-тежък и по-скъп стадий, натоварващ впоследствие болничната и спешната помощ.

Този риск не е хипотетичен, той е заложен в самия Законопроект. В мотивите към него изрично се признава, че предвидените за 2026 г. бюджетни средства за референтните (оригинални) лекарствени продукти няма да обезпечат в пълна степен годишните нетни разходи на НЗОК. С други думи, налице е съзнателно подценен разходен ред, при който разликата между заложеното и реално дължимото ще трябва да бъде поета отнякъде - от притежателите на разрешения за употреба, от лечебните заведения или, в крайна сметка и най-вероятно, от самите пациенти чрез доплащане. Когато бюджетът предварително признава, че определен разход няма да бъде покрит изцяло, това е недвусмислен сигнал за пренасяне на тежест надолу по веригата.

Ето защо Българският лекарски съюз настоява адекватността на бюджета да се преценява не само по номиналните му параметри, а и през призмата на реалния му ефект върху джоба на пациента. Овладеяването на високия дял на преките плащания следва да бъде изведено като изричен приоритет, а всяко подценяване на разходни редове, за което предварително се знае, че няма да покрие реалната потребност, да бъде избягвано, тъй като на практика прехвърля публичен ангажимент върху частния бюджет.



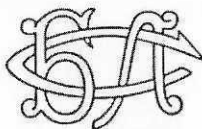
7. Необходимост от осигуряване на допълнителни и устойчиви приходи.

С оглед на изложеното Българският лекарски съюз настоява да бъде открит сериозен и отговорен дебат за начините за трайно увеличаване на приходите в системата на задължителното здравно осигуряване. Подчертаваме, че не предлагаме автоматично увеличаване на тежестта върху осигурените лица, а балансиран пакет от мерки, всяка от които следва да бъде обсъдена задълбочено и придружена от предварителна количествена оценка на въздействието. Възможните посоки включват:

- Поетапно и внимателно преразглеждане на размера на здравноосигурителната вноска - предвид непроменения от 2009 г. размер и значителното изоставане спрямо съпоставимите осигурителни системи в ЕС, следва да се обмисли постепенно доближаване на вноската до средните за тези системи нива. Всяка такава стъпка трябва да бъде разсрочена във времето, предвидима за бизнеса и гражданите и задължително съпроводена със защитни мерки за нискодоходните групи, така че да не се утежнява достъпът до осигуряване именно на най-уязвимите;

- Преразглеждане на базата, върху която държавата внася вноски за осигуряването за своя сметка лица - това е ключов и често пренебрегван структурен дефицит. Държавата осигурява за своя сметка големи групи от населението - деца, пенсионери, регистрирани безработни, лица, ползващи социални помощи, и други, които съставляват значителна част от всички здравноосигурени. По отношение на тези лица проблемът не е само в размера на здравноосигурителната вноска от 8 на сто, а и в осигурителната основа, върху която държавата внася тази вноска. Исторически законодателят е предвидил държавата да внася върху 55 на сто от минималния осигурителен доход за самоосигуряващите се лица, считано от 1 януари 2016 г., като всяка следваща година тази база се увеличава с 5 процентни пункта до достигане на пълния минимален осигурителен доход. Следователно към настоящия момент се поставя въпросът за адекватността на самата минимална база, върху която държавата осигурява милиони лица. При минимален осигурителен доход за самоосигуряващите се лица от 620,20 евро пълната месечна здравноосигурителна вноска е едва 49,62 евро на човек, или 595,39 евро годишно. За сравнение, при осигурителен доход от 1 500 евро към НЗОК постъпват 120 евро месечно, а при доход от 2 000 евро - 160 евро месечно. Това показва, че при работещите лица приходът на НЗОК следва реалния осигурителен доход, докато при лицата, осигурявани от държавата, вноската се изчислява върху минимална, а не върху реална или актуерно обоснована база. В резултат държавата участва в приходната част на НЗОК с приблизително 50 евро месечно на човек за групи, сред които попадат деца, пенсионери и социално уязвими лица, независимо от реалната стойност на гарантирания пакет и от фактическото потребление на медицинска помощ от тези групи. Това създава структурен недостиг, който впоследствие се пренася върху бюджета на НЗОК, върху изпълнителите на медицинска помощ и върху пациентите.

- Разширяване на осигурителната основа и повишаване на събираемостта - значителен брой лица трайно са с прекъснати здравноосигурителни права или изобщо извън обхвата на осигуряването, което свива приходната база и същевременно поражда разходи, когато тези



лица потърсят спешна или болнична помощ. Целенасочени мерки за възстановяване и задържане на осигурителните права, за намаляване на укритите доходи и на осигуряването върху занижени бази, както и за подобряване на събираемостта на вноските, могат да увеличат приходите без повишаване на самата ставка

- Повишаване на ефективността и изсветляване на разходите - немалка част от необходимия допълнителен ресурс може да бъде осигурена не чрез нови приходи, а чрез намаляване на загубите. Засиленият предварителен контрол и предложението от Българския лекарски съюз механизъм за предварителна верификация на пациента (разгледан в следващия раздел IV) позволяват освободеният от предотвратени неправомерни или дублирани плащания ресурс да бъде пренасочен към реалната медицинска дейност. Дори минимално подобрене в целостта на отчитането има измерим финансов ефект в рамките на многомилиарден бюджет.

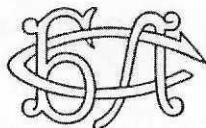
IV. Предварителна верификация от пациента, а не последващо уведомление

Българският лекарски съюз последователно и принципно подкрепя всяко усилие за повишаване на прозрачността и отчетността в системата на здравеопазването и за пълноценното изграждане и внедряване на Националната здравноинформационна система (НЗИС). Считаме обаче, че за да бъде постигнато действително изсветляване на дейността и защита на публичния ресурс, е недостатъчен подходът на последващо уведомяване на пациента за вече отчетена спрямо него дейност, какъвто модел по принцип се предлага в редица законодателни инициативи. БЛС настоява за нещо съществено по-силно, а именно за въвеждане на задължителна предварителна верификация на пациента.

Моделът на последващия контрол, при който пациентът получава уведомление за вече извършена и отчетена дейност, а контролните органи установяват несъответствия постфактум, безспорно повишава прозрачността, но има присъщо ограничение - той действа едва след настъпване на евентуалната злоупотреба и след разходването на публичния ресурс, като прехвърля тежестта върху последващи проверки, медицински одит, санкции, спорове и съдебни производства. Предварителното потвърждение от пациента, обратно, измества контрола още преди възникване на разхода и изгражда пряка, недвусмислена връзка между самоличността на пациента и конкретния акт на оказване на медицинска помощ, с цифрово доказателство и надеждна времева маркировка.

1. Същност и механизъм на предварителната верификация

Предлаганият процес е технологично прост и познат на гражданите. Пациентът получава на регистриран за здравни цели телефонен номер еднократен код с кратка валидност. Уведомлението съдържа разбираемо резюме, като идентификация на изпълнителя, дата и ориентиран времеви интервал. Кодът се предоставя на изпълнителя на медицинската услуга, който го въвежда в медицинския си софтуер, след което извършва медицинската услуга и впоследствие я отчита по предвидения за това ред. При липса на код или грешен код медицинската услуга не се изпълнява, респективно не се заплаща на изпълнителя от НЗОК.



Този предварителен контрол не заменя медицинското информирано съгласие и не променя клиничния процес. Този контрол е чисто идентификационна и верификационна стъпка за прозрачност на публичното финансиране.

Доколкото се отнася за болнични пътеки, при които верификацията се свързва с „епизод на лечение“, не е нужно пациентът да потвърждава всеки отделен акт по време на престоя си. Вместо това той потвърждава само веднъж - в началото на хоспитализацията (при приемане), с което системата отбелязва, че този пациент е приет за лечение по определена клинична пътека. След това всички извършени дейности в рамките на този „епизод на лечение“ автоматично се свързват с това еднократно потвърждение, за да не се създава излишна многократност на потвърждения в рамките на една хоспитализация. В случаите, когато по време на болничния престой настъпи медицинска необходимост пациентът да бъде прехвърлен от една клинична пътека към друга, системата следва автоматично да отчете началото на нов „епизод на лечение“ и да изиска нова верификация от пациента или неговия законен представител. Това гарантира прозрачност, защита на правата на пациента и предотвратява възможността за отчет на медицинска дейност без негово знание или съгласие.

2. Ползи за пациентите, изпълнителите и публичния платец

Ползите са едновременно публични и частни. За пациентите това е най-силната възможна защита срещу злоупотреба с лични данни и права по здравното осигуряване - никой не може да отчете услуга от тяхно име без тяхното явно предварително електронно потвърждение. За изпълнителите това намалява административните разходи, освобождава време за клинична дейност и стабилизира приходните потоци. За НЗОК и държавата ефектът е повишена сигурност на разходите и превенция, а не санкция след факта, подобро качество на данните за здравната статистика и планиране и ясна проследимост за целите на одит и обществен контрол.

Въвеждането на предварителна верификация ще редуцира контролните разходи и обема на спорните казуси между НЗОК и изпълнителите, което има пряк финансов ефект за системата. Когато верификацията е извършена от самия пациент преди извършване на медицинската дейност, целостта на процеса се гарантира от самото начало, а не по пътя на късни санкции и възражения. Това укрепва общественото доверие, подобрява прозрачността на разходите и поставя отношенията между пациента, лекаря и публичния платец върху предвидима и справедлива основа.

Механизмът е напълно съвместим с принципите на защитата на личните данни. Изпратеният код сам по себе си не разкрива медицинска информация, съобщението към пациента включва само минимално необходимия обем данни, а всички чувствителни данни се съхраняват в НЗИС под контрол на държавата и при прилагане на силни технически и организационни мерки. Данните за верификацията се използват единствено за целите на отчетността и контрола и се съхраняват за минимално необходимите срокове за одит и съдебна защита, след което се унищожават или анонимизират.

3. Равнопоставен достъп и режим на изключения за уязвими групи



БЛС държи особено на равнопоставения достъп и настоява за изчерпателен режим на изключения и алтернативи, за да не се превърне верификацията в бариера пред пациенти в уязвимо положение:

- За спешни състояния и животозастрашаващи ситуации услугата следва да се оказва незабавно, а верификацията да се извършва *ex post* в кратък срок, който гарантира отчетността, без да поставя на риск здравето.

- За малолетни и непълнолетни, лица под запрещение и пациенти с законен представител системата трябва да допуска регистриране на „деклариран получател“ на кода (родител, настойник, попечител, упълномощен придружител), с лесна поддръжка и промяна на тези връзки в НЗИС.

- За лица без мобилен телефон или достъп до мобилна мрежа следва да се предвиди алтернативен механизъм, например еднократни печатни токени, издавани от НЗОК/РЗОК за определен период.

- За хора с увредено зрение или други сензорни ограничения да се осигури гласов канал за верификация чрез автоматично телефонно обаждане, при което кодът се прочита и пациентът го съобщава на изпълнителя.

- За лица с двигателни увреждания може да се въведе възможност за предварително регистриран доверен представител, който да потвърждава вместо тях чрез собственото си устройство, при ясно документирано пълномощно в системата.

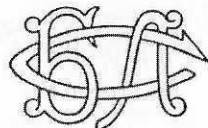
Всички тези алтернативни механизми, както и други при необходимост, трябва да бъдат ясно регламентирани и технологично интегрирани, така че верификацията да остане универсален инструмент за контрол и прозрачност, без да се превръща в пречка за достъп до медицинска помощ.

4. Обхващане и на аптечната фаза на лечението

БЛС настоява механизмът за предварителна верификация да обхване и аптечната фаза на лечението, т.е. всяко отпускане на лекарство, което се заплаща изцяло или частично от НЗОК, да се удостоверява предварително от пациента по описания по-горе механизъм.

Верификацията елиминира „фиктивно отпускане“ и отчет без реално получаване на лекарството, т.е. риск, който при лекарствените разходи е особено чувствителен, защото всяка единица се конвертира директно в публичен разход. Еднократното потвърждение създава електронно доказателство за това кой получава лекарството и кога, с надеждна времева маркировка, което е предпоставка за точно проследяване на терапии, за валидни изчисления по механизма за отстъпки и за модели на плащане, обвързани с резултати.

Тази мярка повишава и лекарствената безопасност и контрола на терапиите. Свързването на отпускането с реално потвърден пациент позволява по-надеждни проверки за дублиране на терапии, свръхчесто отпускане, превишаване на регулаторни ограничения и потенциални взаимодействия. Потвърждението с код допуска финализиране на отпускането към НЗОК, като при липса или отказ от потвърждение аптеката може да



отпусне лекарството само срещу 100% заплащане от пациента, без възможност за последваща реимбурсация. Така контролът е ex ante и не блокира достъпа до терапия при изрична воля на пациента да плати сам, но защитава публичния ресурс.

5. Поетапно въвеждане на услугата

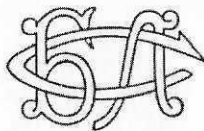
От гледна точка на изпълнението БЛС препоръчва поетапно въвеждане на механизма чрез пилотни фази, които да обхванат предварително обмислени сектори. След валидиране на технологичния и организационния модел обхватът може да се разшири и към останалите сектори.

Услугата трябва да бъде напълно безплатна както за изпълнителите на медицинска помощ и аптеките, така и за пациентите, без скрити или прехвърлени разходи. Необходимо е нормативно да се определи централен оперативен център за поддръжка и наблюдение, който да осигурява високи нива на достъпност и непрекъсваемост на услугата, с предвидени резервни механизми и процедури при временни технологични затруднения, така че медицинската и фармацевтичната дейност да не бъде прекъсвана или забавяна поради технически причини.

Въвеждането на задължителната предварителна верификация изисква изграждане на централизирана национална услуга за генериране, изпращане и валидиране на еднократни кодове, интегрирана с НЗИС и работеща в реално време с всички изпълнители на медицинска помощ и аптеки. Следва да се има предвид, че голяма част от тези разходи вече са извършени чрез създаването на НЗИС.

Годишният обем на верификации може да бъде оценен на около 60 милиона транзакции, включващи всички отчетени медицински услуги в първичната и специализираната извънболнична помощ, болничните епизоди на лечение и отпускането на лекарствени продукти, финансирани от НЗОК. При предпазлив сценарий, в който 95 на сто от верификациите се извършват чрез SMS (около 57 милиона съобщения годишно) при единична цена от 0,025 евро, общите телекомуникационни разходи възлизат на приблизително 1,43 милиона евро годишно, т.е. практически около 1,4–1,5 милиона евро годишно. Към тях следва да се добавят капиталови разходи за разработка, внедряване и интеграция от приблизително 3 милиона евро еднократно, като част от тях най-вероятно ще бъдат спестени поради вече изградената НЗИС. С предвиден резерв общият разход за първата година възлиза на около 5 милиона евро (при изключително предпазлив сценарий), а в следващите години поддръжката се очаква да изисква едва около 1,5 милиона евро годишно.

От друга страна, дори минимално подобрене в отчетността и предотвратяване на неправомерни плащания от порядъка на 0,2-0,5 на сто от общия бюджет на НЗОК (който за 2026 г. надхвърля 5,25 милиарда евро) води до спестявания между приблизително 10,5 и 26,3 милиона евро годишно. Следователно, дори при най-ресурсоемкия модел на верификация (95 на сто SMS) и при изключително предпазлив сценарий за разходите, възвръщаемостта на инвестицията е далеч под една година, а системата става самоиздържаща се още през първата година от въвеждането.



В перспектива, с разширяването на функционалностите на НЗИС и внедряването на мобилно приложение за пациентска автентикация (т.нар. „здравен автентикатор“), позволяващо потвърждение чрез push нотификации вместо чрез SMS, оперативните разходи ще намалеят значително - до под 750 000 евро, а при по-оптимистичен сценарий - до под 350 000 евро годишно, при по-високо ниво на сигурност и удобство за пациента. Възможно е да се внедри и вариант за верификация чрез код по електронна поща - масова практика, използвана от множество доставчици на услуги.

V. Диференциран и обективно обоснован подход на минималните възнаграждения

Българският лекарски съюз с безпокойство отбелязва, че продължава да се спекулира с темата за възнагражденията на лекарите и на медицинските специалисти. Внасят се законодателни инициативи, които предлагат уеднаквяване на минималните възнаграждения за лекар, медицинска сестра и други категории персонал по еднообразен начин - независимо от района на работа, вида и нивото на компетентност на лечебното заведение, специалността и сложността на извършваната дейност. БЛС не подкрепя такъв подход и предупреждава, че той, макар и с най-добри намерения, крие сериозни рискове за устойчивостта на системата и за достъпа на пациентите до медицинска помощ.

Достойното заплащане на медицинския труд е основно условие за стабилността на здравната система и за задържането на квалифицираните кадри - позиция, която съсловното последователно защитава. Именно затова обаче предупреждаваме, че мярка, която урежда заплащането на медицинския персонал еднообразно за всички лечебни заведения, независимо от съществените различия помежду им, крие риск да не отчете обективната им специфика и да доведе до резултати, противоположни на търсените. Лечебните заведения се различават значително по обема и сложността на дейността, по вида и интензивността на случаите, по нивото на компетентност съгласно медицинските стандарти, по обслужваното население и по финансовото си състояние. Единен подход, който поставя на една плоскост лечебните заведения с коренно различен профил, не признава по-високата сложност и отговорност на структурите от най-високо ниво и същевременно може да се окаже обективно непосилен за заведенията в по-слабо населени и икономически по-уязвими райони - тъкмо там, където закриването дори на едно заведение оставя цяло население без достъп до помощ.

Вместо еднообразие Българският лекарски съюз предлага диференциран и обективно обоснован механизъм за определяне на възнагражденията. В тази посока БЛС възложи и разполага с детайлна експертна разработка, многократно представяна на министерство на здравеопазването. Тази разработка представлява доклад за мотивационно възнаграждение на лекарския персонал, изготвен изцяло в духа на Директива (ЕС) 2022/2041 относно адекватните минимални работни заплати, и стъпващ на международно признатите прагове за достоен стандарт на живот. Този модел достига до недвусмисления извод, че тези прагове не могат да се прилагат по еднакъв начин за всички и че минималните нива на заплащане следва да бъдат диференцирани едновременно по няколко обективни оси:



- По лекарска специалност - разработката документираща съществени разлики в заплащането на лекари с еднакъв стаж, но с различни специалности, произтичащи от надценяването или подценяването на реимбурсната стойност на клиничните пътеки и от обема и сложността на дейностите; единен праг рискува да задълбочи „обезкървяването“ на цели специалности;

- По регион - данните на Евростат за регионалния БВП и за разполагаемия доход по стандарт на покупателната способност (по региони NUTS 2) разкриват значителни различия по оста център-периферия. Макар Директива (ЕС) 2022/2041 да не урежда пряко възнагражденията на лекарите и да не създава самостоятелно основание за секторно диференциране, тя изисква при оценката на адекватността на минималните възнаграждения да се отчитат покупателната способност, разходите за живот, нивата и разпределението на заплатите и тяхното развитие. В този смисъл диференцираният подход е съвместим с логиката на директивата и с необходимостта възнагражденията да отразяват реалната икономическа среда, в която лечебните заведения функционират;

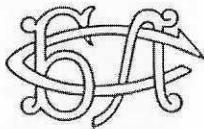
- По ниво на компетентност и тип на лечебното заведение - анализи на Министерството на финансите и данни на Националния център по общественото здраве и анализи потвърждават, че реализираните разходи спрямо реимбурсната стойност на среднопретеглената клинична пътека и средният разход на един преминал болен варират съществено според вида на заведението;

- По ранг и квалификация на отделния специалист - възнаграждението следва да отразява не само професионалния стаж, но и придобитите допълнителни квалификации и активното участие в продължаващото медицинско обучение, в съответствие с принципа за учене и професионално развитие през целия живот.

Реформа, която цели справедливо и устойчиво заплащане, би спечелила съществено, ако почива на такава диференцирана и обективно обоснована основа, вместо на еднообразни показатели, които не разграничават отделните дейности и заведения. Наред с това всяко въвеждане на нормативно задължителни нива на заплащане следва да бъде предшествано от ясна и количествено обоснована оценка на финансовото обезпечаване за всички видове лечебни заведения, с подходящи преходни периоди и защитни механизми за уязвимите заведения, а санкционните последици (включително прекратяване на договор с НЗОК) да се прилагат единствено при доказана вина, а не като резултат от обективна финансова невъзможност. Българският лекарски съюз изразява готовност да предостави посочения Доклад и целия си експертен капацитет за изработването на такъв диференциран механизъм.

VI. Недостиг на медицински кадри и риск за реалната изпълнимост на гарантирания пакет

Адекватността на бюджета на НЗОК не следва да се преценява единствено през неговия номинален размер и разпределението на средствата по пера. Бюджетът не е само счетоводен документ, а инструмент за реално гарантиране на достъпа до медицинска



помощ. Дори при формално предвидени средства, достъпът на пациента остава само декларативен, ако в системата няма достатъчно лекари, медицински сестри, акушерки, лаборанти, рехабилитатори, специалисти по здравни грижи и други медицински специалисти, които да извършат съответната дейност.

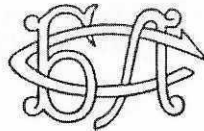
Недостигът на кадри вече е един от най-сериозните рискове пред реалната изпълнимост на гарантирания от бюджета на НЗОК пакет. Този риск е особено видим в малките населени места и по-слабо развитите региони, където дори единично напускане на лекар или медицинска сестра може да доведе до фактическа липса на достъп до определен вид медицинска помощ. Същият проблем се проявява и в ключови специалности и дейности като педиатрия, анестезиология, спешна медицина, патология, образна диагностика, клинична лаборатория, интензивни грижи и здравни грижи, където кадровият недостиг не може да бъде компенсиран единствено чрез увеличение на бюджета по съответните пера.

Това означава, че устойчивостта на системата изисква не само осигуряване на средства за заплащане на дейности, но и целенасочена политика за създаване, привличане и задържане на медицински кадри. Необходимо е държавата, съвместно със съсловните организации, университетите, професионалните гимназии, лечебните заведения и местната власт, да развие активни мерки за насърчаване на младите хора да избират медицински и здравни професии. Това включва информационни кампании, кариерно ориентиране още в училище, популяризиране на професиите в здравеопазването, стипендии, целево финансирани места за обучение, стимули за специализация в дефицитни области, менторски програми и ясни възможности за професионално развитие.

Особено важно е тези мерки да не се свеждат единствено до размера на възнагражденията, макар достойното заплащане да остава основен и незаменим фактор. Младите специалисти се нуждаят и от предвидима професионална среда, качествено обучение, достъп до специализация, намалена административна тежест, възможности за продължаваща квалификация, защита от професионално прегаряне и реална перспектива за развитие в България. В противен случай системата ще продължи да губи човешки ресурс както към други държави, така и към други сектори, а всяко последващо бюджетно увеличение ще има ограничен практически ефект.

Ето защо Българският лекарски съюз счита, че в рамките на бюджетния дебат следва изрично да се отчете и кадровото измерение на здравното осигуряване. Гарантираният пакет от здравни дейности има реално съдържание само ако е обезпечен с достатъчен брой квалифицирани специалисти, които могат да го изпълнят своевременно и качествено. Без такава политика съществува риск бюджетът да остане формално увеличен, но практически недостатъчен, защото достъпът до медицинска помощ ще продължи да се ограничава не само от размера на средствата, а и от липсата на хора, които да предоставят грижата

С оглед на горното, Българският лекарски съюз отчита като положителни запазването на структурната стабилност на бюджета и номиналното увеличение на средствата, но подчертава, че предложената рамка за 2026 г. не осигурява достатъчен реален ръст спрямо



натрупаната инфлация, нарастващите здравни потребности и високата тежест на преките плащания за пациентите. Особено проблематично е изоставането на извънболничната помощ, която следва да бъде първата линия на профилактика, ранна диагностика и контрол на хроничните заболявания, но получава увеличение, което практически се изчерпва от инфлационния ефект. Считаме за наложително да се осигури по-съществен реален ръст на средствата за здравеопазване, да се предприемат целенасочени мерки за привличане, обучение, стимулиране и задържане на медицинските кадри, без които гарантираният пакет от здравни дейности остава само формално обезпечен, да се открие отговорен дебат за устойчиво увеличаване на приходите, включително чрез размера на здравноосигурителната вноска, базата на държавната вноска и разширяване на осигурителната основа, да се въведе предварителна верификация от пациента като инструмент за реално изсветляване на дейността, да се запази разграничението, че средствата на НЗОК са заплащане за извършена дейност, а не обща субсидия, както и да се отхвърли еднообразното уеднаквяване на минималните възнаграждения в полза на диференциран и обективно обоснован подход.

Българският лекарски съюз изразява готовност да участва конструктивно във всички процеси по усъвършенстване на Законопроекта и на свързаната нормативна уредба, така че целите за достъпно, качествено и справедливо финансирано здравеопазване да бъдат постигнати при запазване на работоспособността на здравната система и на гарантирания достъп на българските граждани до медицинска помощ.

гр. София

С уважение: _____

Д-Р НИКОЛАЙ БРЪНЗАЛОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС



