БЪЛГАРСКИ
ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ
ул. „Доспат“ № 2, 1606 София

BULGARIAN
MEDICAL ASSOCIATION
2 Dospat Str., 1606 Sofia, Bulgaria

Тел.:+ 359 2 954 11 69; e-mail: blsus@blsbg.com

БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ
изх. № 555
19.11 2026 г.
УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ

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

С Т 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 2027 г., № 52-602-01-70, внесен от Министерски съвет на 16 ноември 2026 г.*

УВАЖАЕМИ Г-Н ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЯ ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО,

Във връзка с Ваше писмо с изх. № КЗ-52-653-15-54/17.11.2026 г. относно Законопроект за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2027 г., № 52-602-01-70, внесен от Министерски съвет на 16 ноември 2026 г. (наричан по-долу за краткост „***Законопроекта***“), Ви уведомяваме за следното:

Българският лекарски съюз (БЛС) отчита ограниченията на финансовата рамка и приема, че предвиденото увеличение на бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), макар и недостатъчно спрямо реалните потребности, е в рамките на възможното при запазен размер на задължителната здравноосигурителна вноска от 8 на сто. Оценяваме положително и редица елементи на Законопроекта, които излагаме в раздел I. Същевременно считаме, че основният въпрос не е единствено размерът на средствата, а начинът, по който те се разпределят, контролират и използват.

В тази връзка излагаме три принципни бележки, всяка от които засяга пряко достъпа на здравноосигурените лица до медицинска помощ и устойчивостта на лечебната мрежа: (i) липсата на баланс и на ясен принцип при разпределението на допълнителния ресурс между медицинските дейности и лекарствените продукти; (ii) прехвърлянето на финансови ангажименти на държавата към бюджета, формиран от здравноосигурителните вноски; и (iii) липсата на мерки за реална промяна в контрола върху разходването на средствата.

I. Положителни елементи на Законопроекта

Българският лекарски съюз приветства предвидената в § 10 от Законопроекта възможност НЗОК и БЛС да предоговорят чрез анекс Националния рамков договор за медицинските дейности в определените в тази разпоредба части в срок до три месеца от обнародването на закона, като анексите влизат в сила от 1 януари 2027 г. Този срок е

разумен и необходим. Той дава на страните реална възможност да водят задълбочени и отговорни преговори въз основа на окончателно приетия бюджет, без договореностите да се постигат под натиска на времето, и същевременно гарантира, че постигнатото ще се прилага от началото на годината, без несигурност за изпълнителите на медицинска помощ и за пациентите. БЛС ще използва пълноценно този срок, за да бъдат постигнати договорености, които отговарят на изложените в настоящото становище цели.

БЛС подкрепя и предложеното с § 17, т. 5, букви „д“ - „з“ от Законопроекта въвеждане на среднопретеглената стойност като постоянна сравнителна величина при заплащането на лекарствените продукти за лечение на злокачествени заболявания, прилагани в болничната медицинска помощ. Правилно е платецът - в случая НЗОК - да въведе механизъм, който не допуска един и същ лекарствен продукт да се заплаща на различни цени.

Споделяме и заявените в мотивите приоритети - профилактиката, ранната диагностика и диспансерното наблюдение, както и намерението да се засили пациентският контрол върху отчитаните дейности. Бележките ни по-долу имат за цел тези приоритети да получат реално финансово и нормативно обезпечаване.

II. Дисбаланс в разпределението на средствата и липса на ясен принцип

Общият размер на бюджета на НЗОК нараства от 5 256 677,2 хил. евро по Закона за бюджета на НЗОК за 2026 г. на 5 683 586,8 хил. евро за 2027 г., т.е. с 426 909,6 хил. евро (около +8,1%), а средствата за здравноосигурителни плащания - с 478 121,1 хил. евро (около +9,7%). Номиналният ръст обаче е разпределен неравномерно между отделните направления, което личи от съпоставката по редовете на чл. 1 от Законопроекта:

Съпоставка на основните показатели (ЗБНЗОК 2026 спрямо Законопроекта за 2027 г.):

Направление (ред по чл. 1)	ЗБНЗОК 2026 (хил. €)	Проект 2027 (хил. €)	Изменение
ПРИХОДИ/РАЗХОДИ - ВСИЧКО	**5 256 677,2**	**5 683 586,8**	**+8,1%**
Здравноосигурителни плащания - общо	**4 933 102,8**	**5 411 223,9**	**+9,7%**
Първична извънболнична помощ (ПИМП)	345 609,8	372 000,0	+7,6%
Специализирана извънболнична помощ (СИМП)	351 246,0	384 000,0	+9,3%
Медико-диагностична дейност (МДД)	168 254,3	176 667,0	+5,0%
Болнична медицинска помощ (БМП)	2 341 939,3	2 531 632,1	+8,1%
Медицински дейности - общо (ПИМП, СИМП, МДД, БМП)	**3 207 049,4**	**3 464 299,1**	**+8,0%**
Дентална помощ	231 049,4	248 601,8	+7,6%
Лекарства, медицински изделия, диет. храни (ред 1.1.3.5)	**1 334 348,5**	**1 454 439,8**	**+9,0%**
Трансфери от МЗ (чл. 1, ал. 1, ред 3)	**101 490,7**	**32 742,8**	**-67,7%**
Резерв (чл. 1, ал. 2, ред 1.3)	154 148,1	169 058,0	+9,7%

Данните за 2026 г. са съгласно Закона за бюджета на НЗОК за 2026 г., а за 2027 г. - съгласно чл. 1 от Законопроекта.

1. Ръстът на средствата за лекарствени продукти изпреварва ръста на средствата за медицински дейности

Докато за болничната медицинска помощ е предвиден номинален ръст от 8,1 на сто, за първичната извънболнична медицинска помощ (ПИМП) - 7,6 на сто, за специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП) - 9,3 на сто, а за медико-диагностичната дейност (МДД) - едва 5 на сто, средствата за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни по ред 1.1.3.5 нарастват с 9 на сто. Средствата за медицинските дейности като цяло (ПИМП, СИМП, МДД и болнична помощ) нарастват с 8,0 на сто, а заедно с денталната помощ - с по-малко от 8 на сто, т.е. под ръста на бюджета като цяло и осезаемо под ръста на средствата за лекарства.

Дисбалансът е още по-изразен, ако се отчетат и 44 758,1 хил. евро по ред 1.1.3.8.2, включително за нерегистрирани лекарствени продукти, които досега се финансираха чрез трансфер от Министерството на здравеопазването и са разгледани в раздел III. При отчитане и на този ресурс ръстът на средствата по това направление достига приблизително 12 на сто.

Структурата на допълнителния ресурс е показателна. От общото увеличение на здравноосигурителните плащания с 478 121,1 хил. евро на медицинските дейности (ПИМП, СИМП, МДД и болнична помощ) се падат 257 249,7 хил. евро, или около 54 на сто, докато близо 191 млн. евро, или около 40 на сто от увеличението, са насочени към лекарствените продукти по ред 1.1.3.5 и към досегашните ангажименти на държавата, прехвърлени по редове 1.1.3.6.2 и 1.1.3.8.2.

Разпределението по редовете на чл. 1, ал. 2 не е техническо. Съгласно чл. 8, ал. 4 от Законопроекта НЗОК планира, договаря, закупува и заплаща медицинската помощ в съответствие с определените по бюджета разходи за здравноосигурителни плащания, а чл. 3 и чл. 4 обвързват утвърждаваните по районни здравноосигурителни каси и по изпълнители стойности именно с тези редове. Следователно съотношението, което законодателят определи между отделните редове, предопределя рамката, в която впоследствие се договарят цените и обемите на медицинските дейности по Националния рамков договор. Страните по договора не могат да коригират дисбаланс, заложен в закона. Отговорността за баланса лежи върху Народното събрание и тя може и следва да бъде упражнена между първо и второ гласуване.

Поради това считаме, че твърдението в мотивите, че със Законопроекта „се осигурява балансирано разпределение на средствата“, не намира опора в параметрите на самия Законопроект. При липса на ясен принцип за разпределение допълнителният ресурс се насочва преимуществено към лекарствата.

Средствата за медицински дейности осигуряват функционирането на цялата инфраструктура на българското здравеопазване - болничната и извънболничната помощ, диагностиката и денталната помощ. От тях зависят издръжката на лечебните заведения, медицинската апаратура и консумативите, възможностите за развитие на медицинската

помощ и възнагражденията на работещите в системата, с изключение на тези, които се финансират пряко от Министерството на здравеопазването. Наред с това в средствата за болнична медицинска помощ вече е включен значителен ресурс за лекарствени продукти, прилагани в болничната помощ, поради което реалният публичен ресурс за лекарствено лечение не се изчерпва със самостоятелния ред 1.1.3.5. БЛС не оспорва значението на лекарствената терапия - тя е мощен инструмент в ръцете на лекаря, но балансът във финансирането е условие за устойчивостта на системата.

Недостатъчността на средствата за медицински дейности се потвърждава и от икономически анализ на разходите на лечебните заведения за болнична помощ, на който БЛС се позовава. Според него от 2019 г. насам разходите на болниците са нараснали 2,17 пъти, докато цените на клиничните пътеки - 2,07 пъти, като около 78 на сто от болничната дейност се заплаща по цени под разходите, а възнагражденията формират около две трети от разходите на една болница. За да покрият реалните разходи, цените на клиничните пътеки следва да нараснат средно с около 18 на сто през 2027 г., което изисква близо 390 млн. евро, а за всички болнични дейности необходимият допълнителен ресурс е между 426 и 535 млн. евро в зависимост от динамиката на възнагражденията и на останалите разходи. Предвиденото в Законопроекта увеличение на средствата за болнична помощ не стига дори за заплащане през цялата 2027 г. на дейностите по цените, действащи от септември 2026 г. - недостигът е около 13 млн. евро, а за повишаване на цените не остава ресурс.

Недостатъчният ръст на средствата за медицински дейности ограничава възможностите за адекватно заплащане на медицинския труд и създава реален риск от задълбочаване на кадровия недостиг, който вече е налице при професионалистите по здравни грижи, а в някои региони - и при лекарите, както и от задълбочаване на финансовите затруднения на лечебните заведения.

2. Очакваният ефект от среднопретеглената стойност не е отразен в разчетите

От подкрепяната от БЛС мярка по § 17, т. 5, букви „д" - „з", чиято изрично заявена в мотивите цел е ограничаване на разходите на НЗОК за лекарствени продукти, логично следва да се очакват икономии. В бюджетните параметри обаче е заложен изпреварващ ръст на средствата за лекарства. Или очакваният ефект от мярката не е отчетен в разчетите, или се допуска, че разходите за лекарства ще продължат да нарастват независимо от нея. И в двата случая този ефект следва да бъде отразен при разпределението на средствата, а освободеният ресурс - насочен към медицинските дейности.

3. Профилактиката като приоритет изисква финансово обезпечаване

Мотивите извеждат профилактиката, ранната диагностика и диспансерното наблюдение като основни политики на Законопроекта и предвиждат увеличаване на обема на профилактичните дейности в извънболничната помощ с около 6-7 на сто, както и въвеждане на нови профилактични дейности. Конкретните параметри на бюджета обаче не отразяват в достатъчна степен тази заявка. Медико-диагностичната дейност - направлението, което придава медицинско съдържание на профилактичния преглед -

получава най-ниския ръст сред всички направления на медицинската помощ (5 на сто), а за нови дейности по МДД са предвидени едва 3 000 хил. евро.

Истинската профилактика не се изчерпва с провеждането на профилактичен преглед. Тя изисква прегледът да бъде изпълнен с медицинско съдържание чрез достатъчен обем медико-диагностични изследвания и последващо проследяване, съобразени с възрастта и индивидуалните рискове на пациента. Броят на профилактичните прегледи следва установените стандарти и възможностите за неговото увеличаване са ограничени, поради което реалното разширяване на профилактиката зависи преди всичко от обогатяване на нейното съдържание, а това е невъзможно без промяна в обхвата и финансирането на МДД. Дори ако обемът на профилактичните дейности нарасне с 6-7 на сто, както предвиждат мотивите, при ръст на средствата за МДД от 5 на сто диагностичното съдържание на профилактиката рискува на практика да намалее.

Не следва като нова политика да се представят дейности, които и досега се извършват, включително дейности в болничната помощ, които по своята същност са диагностични и проследяващи. Ако целта е по-ранно откриване на заболяванията, както с основание заявяват мотивите, необходимо е да се финансират повече и по-съдържателни профилактични дейности. Затова БЛС настоява за ясно разграничение между заявените намерения и реално осигурената профилактика.

III. Прехвърляне на финансови ангажименти на държавата към бюджета на НЗОК

Вторият съществен проблем на Законопроекта е прехвърлянето на разходи, които досега са били отговорност на държавата и се финансираха чрез целеви трансфери от държавния бюджет през бюджета на Министерството на здравеопазването, към финансиране със средствата от здравноосигурителните вноски. Става дума за общо 70 879,2 хил. евро: 44 758,1 хил. евро по ред 1.1.3.8.2 за медицински и други услуги във връзка с лечение на лица до и над 18-годишна възраст в страната и в чужбина, включително за нерегистрирани лекарствени продукти и медицински изделия, както и 26 121,1 хил. евро по ред 1.1.3.6.2 за помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания, включително техния ремонт.

Едновременно с това трансферите от Министерството на здравеопазването към НЗОК намаляват от 101 490,7 хил. евро по бюджета за 2026 г. на 32 742,8 хил. евро, т.е. с 68 747,9 хил. евро, без промяна в размера на здравноосигурителната вноска, която по чл. 2 от Законопроекта остава 8 на сто. Въпросът следователно не е единствено финансов - той засяга самия принцип, върху който е изградено задължителното здравно осигуряване.

1. Правна природа на здравноосигурителните вноски и предназначение на бюджета на НЗОК

Бюджетът на НЗОК се формира основно от задължителните здравноосигурителни вноски на осигурените лица и на работодателите. Тези вноски имат целеви характер - те се

събират, за да осигурят на здравноосигурените лица достъп до гарантирания пакет от здравни дейности, и пораждат насрещно право на осигурения да ползва този пакет. Те не са общ данъчен приход, който може да бъде пренасочван към други публични цели по преценка на бюджетния законодател.

Самият Законопроект потвърждава, че прехвърляните дейности понастоящем не попадат в предназначението на задължителното здравно осигуряване. За да бъдат финансирани от бюджета на НЗОК, с § 17, т. 1 се предвижда допълване на чл. 2, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване - разпоредбата, която определя същността на задължителното здравно осигуряване, като към разходването на средствата от вноските „за закупуване на здравни дейности“ се добавя и разходването им „за медицински и други услуги, предвидени в този закон“. По този начин чрез преходните и заключителните разпоредби на годишен бюджетен закон се изменя основополагаща разпоредба на здравноосигурителното законодателство. Особено внимание заслужава понятието „други услуги“, което не е дефинирано и допуска включването и на услуги с немедицински характер. Така се създава законова възможност средства от здравноосигурителните вноски да финансират дейности извън медицинската помощ.

2. Помощните средства за хората с увреждания имат социален, а не здравноосигурителен характер

Действащата разпоредба на чл. 73 от Закона за хората с увреждания, чиято ал. 1 е възпроизведена в мотивите, а ал. 2 се изменя с § 21 от Законопроекта, изрично определя помощните средства, приспособленията, съоръженията и медицинските изделия за хората с увреждания като право „извън обхвата на задължителното здравно осигуряване“, финансирано от държавния бюджет с трансфер чрез бюджета на Министерството на здравеопазването. По същия начин тези средства бяха планирани и в бюджета на НЗОК за 2026 г. Законодателят съзнателно е отнесъл това право към системата на социалната закрила.

Предлаганото с § 21 заличаване на тези думи не променя природата на правото. То принадлежи на хората с увреждания като такива, а конкретните помощни средства се определят индивидуално с медицински документ на лекарските консултативни комисии, ТЕЛК или НЕЛК според нуждите на лицето, а не според неговия здравноосигурителен статус. Нещо повече, самият Законопроект запазва финансирането от държавния бюджет чрез бюджета на Министерството на здравеопазването за хората с увреждания, които са здравнонеосигурени. Щом правото се признава независимо от това дали лицето е осигурено, то не е здравноосигурително обезщетение, а универсално социално право, за чието финансиране следва да отговаря държавата чрез общите данъчни приходи. Разделянето на източника на финансиране според осигурителния статус е изкуствено и има една-единствена последица - прехвърляне на разхода върху осигурените лица и техните работодатели.

Същото се отнася и за лечението в чужбина и за нерегистрираните в страната лекарствени продукти, които досега се финансираха от държавата чрез целеви средства. И

за тях Законопроектът с § 18 запазва финансирането от държавния бюджет за здравнонеосигурените лица, което отново показва, че става дума за ангажимент на държавата към всички граждани, а не за право, произтичащо от здравното осигуряване.

3. Мотивите на вносителя не обосновават промяната на източника на финансиране

Мотивите изтъкват консолидацията на публичните разходи и обстоятелството, че НЗОК и досега администрира тези дейности. Администрирането на една дейност от НЗОК обаче не означава, че тя трябва да се финансира от здравноосигурителните вноски. Според самите мотиви от 2019 г., съответно от 2022 г., НЗОК администрира съответните производства, като средствата се осигуряват от държавния бюджет чрез целеви трансфери. Този модел е работил и може да бъде усъвършенстван, включително по отношение на сроковете за разплащане с изпълнителите, без да се променя източникът на финансиране.

Ако държавата счита, че определени дейности следва да станат част от здравноосигурителната система, тя трябва едновременно с това да увеличи и собственото си финансово участие в бюджета на НЗОК в съответния размер. Законопроектът прави обратното - разширява задълженията на НЗОК и същевременно намалява трансферите от Министерството на здравеопазването. Отчетеният в Законопроекта ръст на трансферите за здравно осигуряване се дължи, според самите мотиви, на промяната в прогнозния брой на осигуряваните от държавата лица и на актуализирани разчети, а не на поемането на нови задължения, поради което не може да се разглежда като компенсация. Резултатът е нетно намаляване на финансовото участие на държавата, покрито със средства на осигурените лица.

4. НЗОК се превръща в платец от последна инстанция с отворени финансови задължения

Предлаганата с § 17, т. 5, буква „б“ нова ал. 1а на чл. 45 от Закона за здравното осигуряване задължава НЗОК да заплаща медицински и други услуги, „за които не са предвидени други механизми за финансиране“ със средства от държавния бюджет, общинските бюджети и бюджета на НЗОК, или които не могат да бъдат осигурени в страната. По този начин НЗОК се превръща в остатъчен платец за всичко, което не е финансирано по друг ред. Към това се добавят продължаването на заплащането на лечението на редки, онкологични и онкохематологични заболявания, започнало преди навършване на 18-годишна възраст, до неговото приключване, възможността по изключение да се заплащат услуги в държави извън Европейския съюз, Европейското икономическо пространство и Конфедерация Швейцария, както и възлагането на определянето на вида и обхвата на услугите на правила на Надзорния съвет на НЗОК. Така обхватът на едно потенциално неограничено финансово задължение, покривано от здравноосигурителните вноски, се определя не от закона, а от органа на самия платец.

5. Финансов риск за медицинските дейности и за резерва на НЗОК

Прехвърляните разходи са по своята същност трудно прогнозируеми. Лечението в чужбина, скъпоструващите терапии и лекарствените продукти за редки заболявания могат да изискват значително по-голям ресурс от предварително заложения. Въпреки това средствата по ред 1.1.3.8.2 са увеличени с едва 5 на сто спрямо предвидените за 2026 г. трансфери за същите дейности (42 626,8 хил. евро), а средствата за помощни средства за хората с увреждания са запазени на равнището от 2026 г. (26 121,1 хил. евро), без каквото и да е увеличение. Наред с това в бюджета на НЗОК се предвиждат допълнителни 660 хил. евро разходи за персонал за администриране на прехвърлените дейности, които също се покриват от вноските.

Правата по новите ал. 1а - 1в на чл. 45 се реализират чрез индивидуални административни актове, издавани в двумесечен срок, т.е. чрез актове, подлежащи на съдебен контрол. Ако разходите надхвърлят планираното, недостигът ще трябва да бъде покрит от резерва на НЗОК, чието разпределение по § 8 от Законопроекта е възможно от 1 юни 2027 г., или чрез компенсирани промени между показателите на бюджета, каквито § 9 предвижда и за изплащането на сумите по влезли в сила съдебни решения. И в двата случая източник ще бъдат средствата, предназначени за медицинска помощ. Резервът, чието предназначение според самия Законопроект е да покрива „непредвидени и неотложни разходи", рискува да се превърне в постоянен източник за финансиране на предварително известни разходи на държавата.

6. Създаване на прецедент и законодателна техника

Самите мотиви определят предлаганите изменения в Закона за здравното осигуряване като „генерална структурна реформа". Реформа от такъв мащаб, която трайно променя обхвата на задължителното здравно осигуряване и засяга пет закона - Закона за здравното осигуряване, Закона за здравето, Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закона за медицинските изделия и Закона за хората с увреждания, не следва да се провежда чрез преходните и заключителните разпоредби на годишния закон за бюджета на НЗОК. Тя изисква самостоятелен законопроект, пълноценна обществена консултация, включително със съсловните организации като страни по националните рамкови договори, и цялостна оценка на въздействието, включително финансова прогноза за следващите години.

Не на последно място, ако държавни ангажименти могат да бъдат прехвърляни към НЗОК без осигуряване на допълнителен финансов ресурс, няма гаранция, че същият подход няма да бъде приложен и към други дейности през следващите години. Позицията на БЛС е принципна: държавата трябва да продължи да финансира дейностите, за които носи отговорност, а здравноосигурителните вноски не могат да бъдат използвани като механизъм за компенсиране на намаляващите държавни трансфери за сметка на средствата за медицинска помощ.

IV. Липса на ефективен контрол върху разходването на средствата

Съществен недостатък на Законопроекта е липсата на конкретни мерки за въвеждане на ефективен контрол върху разходването на публичните средства. Нормативната част на Законопроекта не съдържа нова контролна мярка - чл. 8, ал. 5 се ограничава до препращане към контрола „в съответствие с действащото законодателство“. Липсва ясно заявена промяна във философията на контрола, която да позволи реално ограничаване на неправомерното отчитане на медицински дейности, а към момента не се виждат и конкретни стъпки за въвеждането на предлагания от БЛС механизъм за предварителна верификация.

1. Последващото уведомяване на пациента не е предварителен контрол

Мотивите предвиждат надграждане на модула „еЗдраве“, при което всяка отчетена от изпълнител дейност автоматично ще се отразява в електронното здравно досие на пациента, и представят това като „ефективен контрол срещу нерегламентирани дейности и недействителни хоспитализации“. БЛС подкрепя всяка мярка за прозрачност, но следва да се направи ясно разграничение: отразяването в досието е последващо уведомяване. То действа едва след като дейността е отчетена и, като правило, заплатена, и разчита пациентът сам да забележи несъответствието и да предприеме действия. Подобен механизъм не предотвратява неправомерното плащане, а единствено създава възможност то да бъде установено впоследствие, с всички произтичащи от това проверки, спорове и производства.

Изразяваме резерви и към предвижданото на допълнителен ресурс за технологично надграждане на контролните механизми, без да е доказано, че предвидените решения ще бъдат работещи и ще доведат до реално предотвратяване на злоупотребите.

2. Предварителният контрол при отпускането на лекарства не генерира икономии

В публичния дебат като пример за ефективен контрол се посочват предварителните проверки, въведени при отпускането на лекарствени продукти. Този механизъм е въведен, за да предотвратява грешки в рецептите и протоколите, заради които аптеките впоследствие не получават заплащане за вече отпуснати лекарства. Неговото предназначение е да защитава изпълнителите от финансовите последици на административни и технически несъответствия, а не да намалява разходите на НЗОК. Затова установените чрез него несъответствия не могат автоматично да бъдат остойностявани и представяни като реализирани икономии - без предварителната проверка тези средства биха останали в бюджета на НЗОК, но за сметка на фармацевтите, които не биха получили заплащане за вече предоставеното лечение.

БЛС подкрепя този тип предварителни проверки, тъй като те предотвратяват грешки и защитават изпълнителите на медицинска помощ. Те обаче не решават проблема с фиктивното и неправомерното отчитане на медицински дейности.

3. Ефектът от обявения контрол не е отразен в параметрите на бюджета

Мотивите обявяват контрол срещу недействителните хоспитализации, но в параметрите на бюджета не е отразен какъвто и да е измерим ефект от него - нито като намаление на планирания обем на болничната помощ в резултат на засиления контрол, нито като пренасочване на ресурс от предотвратени неправомерни плащания към цените на медицинските дейности. Ако обявените контролни мерки действително се очаква да бъдат ефективни, техният ефект би следвало да бъде отразен още в бюджета. Липсата на такова отражение показва, че предлаганият контрол остава по-скоро формален.

Ефективният контрол е необходим не само за ограничаване на неправомерните плащания, но и за да се гарантира, че публичният ресурс достига до действително предоставената медицинска помощ и че съвестно работещите лекари и добрите практики получават заслуженото признание.

4. Предложението на БЛС: предварителна верификация в реално време с участието на пациента

БЛС вече повече от три години предлага въвеждането на предварителна проверка в реално време с участието на пациента, която да позволява верификация на медицинската дейност преди нейното заплащане, а не единствено последващо установяване на нарушения. Необходим е механизъм, при който самият пациент, като ползвател на медицинската услуга, потвърждава услугата, която предстои да получи, преди нейното извършване и регистриране в Националната здравноинформационна система. Същото следва да се отнася и за отпускането на лекарствени продукти, заплащани изцяло или частично от НЗОК. БЛС счита, че НЗОК не следва да заплаща медицински услуги и лекарства без предварително потвърждение от лицето, което ги ползва.

Предложението има ясна правна логика. Средствата на НЗОК се изплащат срещу конкретно извършена и отчетена медицинска дейност в полза на здравноосигурено лице. Потвърждението от самото лице, в чиято полза дейността се извършва, е най-прякото доказателство, че тя действително е предоставена. Така контролът се измества преди възникването на разхода и се ограничава възможността лечебно заведение самостоятелно да отчита фиктивни или неправомерно заявени дейности без участието и знанието на пациента. Механизмът може да бъде изграден при минимален обем на обработваните лични данни, без разкриване на медицинска информация в съобщението към пациента, с изрични изключения за спешните състояния и с алтернативни способи за потвърждение за децата, лицата под запрещение, лицата без мобилен телефон и хората с увреждания, както БЛС вече е предлагал в предходните си становища.

Липсата на адекватен и обективен контрол не само създава предпоставки за неправомерно разходване на публични средства, но и позволява отговорността за финансовите дефицити и за проблемите в здравеопазването да бъде прехвърляна върху лечебните заведения и върху лекарите, включително върху онези, които работят съвестно. Предварителната верификация защитава именно тях. Без нея допълнителният публичен

ресурс няма да бъде достатъчен, за да гарантира по-добър достъп до медицинска помощ, прозрачност при разходването на средствата и дългосрочна финансова устойчивост на системата.

V. Доплащането от пациентите изисква регулиране и прозрачност

Законопроектът не съдържа ясна политика по отношение на доплащането, което продължава да поставя значителна финансова тежест върху българските граждани. Противно на широко разпространеното мнение, най-голям дял от доплащането на населението не се формира в болниците, а при лекарствените продукти. При здравноосигурителна вноска от 8 на сто пълното премахване на доплащането е обективно невъзможно в условията на пазарна икономика. Целта, към която трябва да се стремим, е доплащането да бъде регулирано, прозрачно и ясно за цялото общество, вместо реалният му размер да се прикрива зад твърдения, че здравеопазването в България е безплатно. Ефективният предварителен контрол и балансираното разпределение на средствата са необходими предпоставки и за постигането на тази цел.

VI. Искания на Българския лекарски съюз

С оглед на изложеното Българският лекарски съюз настоява за следното:

1. Баланс при разпределението на средствата между първо и второ гласуване на Законопроекта, без промяна в общата финансова рамка. Настояваме за преразпределение между редовете по чл. 1, ал. 2, така че ръстът на средствата за медицински дейности (ПИМП, СИМП, МДД и болнична помощ) да не изостава от ръста на средствата за лекарствени продукти, с приоритет за медико-диагностичната дейност като основа на реалната профилактика. За ориентир посочваме, че изравняването на ръста на средствата за медицински дейности с ръста от 9 на сто за лекарствените продукти изисква около 31,4 млн. евро, т.е. по-малко от 0,6 на сто от общия размер на бюджета, което е напълно постижимо, включително чрез отчитане в разчетите по ред 1.1.3.5 на очаквания ефект от въвеждането на среднопретеглената стойност.

2. Отказ от прехвърлянето на държавни финансови ангажименти към бюджета на НЗОК. Настояваме за отпадане на разпоредбите, с които финансирането на лечението в страната и в чужбина, на нерегистрираните лекарствени продукти и на помощните средства за хората с увреждания се прехвърля към средствата от здравноосигурителните вноски (чл. 1, ал. 2, редове 1.1.3.6.2 и 1.1.3.8.2, § 15, § 16, ал. 2, § 17, т. 1 - 4 и т. 5, букви „а“ - „г“, и § 18 - § 21 от Законопроекта), и за възстановяване на финансирането на тези дейности чрез целеви трансфер от държавния бюджет през бюджета на Министерството на здравеопазването в пълния необходим размер. Ако законодателят все пак прецени да запази администрирането им от НЗОК, финансирането им следва да бъде изцяло осигурено от държавния бюджет, включително при надвишаване на планираните разходи, без използване на резерва на НЗОК и без компенсирани промени за сметка на средствата за медицински дейности.

БЪЛГАРСКИ
ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ
ул. „Доспат“ № 2, 1606 София

BULGARIAN
MEDICAL ASSOCIATION
2 Dospat Str., 1606 Sofia, Bulgaria

Тел.:+ 359 2 954 11 69; e-mail: blsus@blsbg.com

3. Ефективен предварителен контрол в реално време с участието на пациента. Настояваме още със старта на преговорите по Националния рамков договор след приемането на бюджета да бъдат договорени ефективни механизми за контрол върху отчитането и заплащането на медицинските дейности - предварителна проверка в реално време с потвърждение от пациента, която да предотвратява неправомерното разходване на публични средства, като за целта бъде създадено и необходимото законово основание. Ефектът от тези механизми следва да бъде отразен още в Законопроекта като намален брой планирани хоспитализации.

4. Насочване на увеличението към цените на медицинските дейности. Настояваме увеличението на средствата за медицинска помощ, включително ресурсът, освободен в резултат на ефективния контрол, да бъде насочено към повишаване на цените на медицинските дейности, така че допълнителният финансов ресурс да осигури по-адекватно остойностяване на медицинския труд и реални възможности за подобряване на възнагражденията на медицинските специалисти.

Българският лекарски съюз цени диалога с Комисията по здравеопазването и изразява готовност да участва конструктивно в работата по Законопроекта, така че допълнителният публичен ресурс за 2027 г. да достигне до действително предоставената медицинска помощ и да гарантира устойчивостта на системата и достъпа на българските граждани до качествено лечение.

гр. София

С уважение:

Д-Р НИКОЛАЙ БРЪНЗАЛОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС