

**ДО
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ НА
ПК ПО БЮДЖЕТ И ФИНАНСИ
Г-ЖА МЕНДА СТОЯНОВА**

**ДО
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ НА
ПК ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ
Д-Р ЛЪЧЕЗАР ИВАНОВ**

СТАНОВИЩЕ

**по проект за Закон за бюджета на Националната
здравноосигурителна каса за 2010 г.**

Следва да се отбележи, че в законопроекта не е отбелязана историята на придвижването на проекта. Съгласно ЗЗО, проектобюджетът е внесен от УС на НЗОК в Събранието на представителите, като е приет във вид, различен от предложения от УС. Впоследствие е внесен от министъра на здравеопазването и приет в Министерски съвет във вид, различен от приетия от Събранието на представителите. Промените в проектобюджета са основно в намаляване на разходната му част и увеличение на приходната, водещо до увеличаване в огромни размери на излишъка. Добре е да се поиска справка за тези промени.

I. По приходите и трансферите.

Прави впечатление увеличението на приходната част, което очевидно се дължи на увеличението на минималния осигурителен доход за самоосигуряващите се лица. Поради това са леко са увеличени приходите от здравноосигурителни вноски спрямо очакваното изпълнение на приходите за 2009 с 15 млн. лв., а има значително увеличаване на трансферите за здравноосигурителни вноски от републиканския бюджет, които са обвързани с минималния осигурителен доход – деца, студенти и

т.н. – с 203 млн. лв. спрямо закона за бюджета за 2009 г. и с 277 – спрямо очакваното изпълнение.

Добре е с мотивите да се представи подробна разбивка на очакваните приходи по категории здравноосигурени лица, особено за тези, осигурявани от бюджета, брой лица и очакван среден осигурителен доход.

В мотивите се твърди, че се очакват около 6,6 млн. задължително здравноосигурени лица. Липсва ясен анализ на характеристиките на гражданите с прекъснати здравноосигурителни права. Освен това отново се залагат около 1 млн. здравнонеосигурени, т.е. никакъв ефект от предвижданите дисциплиниращи мерки.

II. По разходите и трансферите.

1. Законът залага същите стойности за разходите за здравноосигурителни плащания за първична извънболнична медицинска помощ /ПМП/, което изключва всякаква промяна в обемите и обхвата на дейностите, предполага продължаващо недофинансиране и намаляване на броя на общопрактикуващите лекари, особено в някои региони, където вече има явен недостиг и липса на желаещи. Няма и никаква гаранция за пълно усвояване на средствата, за разлика от миналата година.

2. Законът залага същите стойности за разходите за здравноосигурителни плащания за медикодиагностични дейности /МДД/, което изключва добрите намерения за разширяване на профилактиката и достъп до нови високоефективни изследвания.

3. Законът залага същите стойности за разходите за здравноосигурителни плащания за дентална помощ /ДП/, но практически има намаление, тъй като 9,1 млн. лв. са заделени за зъботехническа помощ за сметка на денталните дейности. За зъботехнически дейности реално до сега не са заделени средства поради рестриктивния бюджет за самите дентални дейности и високото ниво на доплащане, което очевидно ще се увеличи при това намаление. Интересно е, че с подготвения законопроект за изменение и допълнение на ЗЗО, зъботехническата помощ се заличава от обхвата на задължителното осигуряване от 2010 г., а в Закона за бюджета на НЗОК за 2010 г. за пръв път са предвидени средства за нея.

4. Заложените средства за специализирана извънболнична медицинска помощ /СИМП/ са с 800 000 лв. по-малко. Въпреки че числото изглежда незначително, това са реално около 50 000 първични прегледа. Освен това точно тук вероятно ще се прояви огромен обективен недостиг, тъй като при планираната редукция на хоспитализациите, която очевидно ще се прави административно по типа на делегираните бюджети, заболяемостта няма да намалее, а ще натовари допълнително

извънболничната помощ – отчасти първичната, повече – МДД предвид повишена необходимост от амбулаторни изследвания и най-много – СИМП. Над две трети от хоспитализациите са на хронично болни. Повече от ясно е, че това са основно тежко болните, диспансеризирани при специалист около 800 000 души, които в момента имат достъп до такъв 1-2 пъти годишно и поради това декомпенсират и развиват усложнения. Както и че всяко ранно открито при профилактичен преглед заболяване иска консултация, допълнителни изследвания или диспансеризация при специалист. Така че, без рязко увеличаване на средствата за СИМП особено за пряко наблюдение на тези хронично болни, ефект върху хоспитализациите няма да има. В цените за дейностите по СИМП не може да се заложи никакво увеличение, при все че м.г. и НЗОК призна, че реалните цени са с 50 % по-високи. В момента НЗОК плаща за първичен преглед 14.50 лв., а пазарната цена на кешовите прегледи е около 30 лв.

5. Средствата за лекарства са намалени от 330 на 320 млн. лв., при положение, че с новия лекарствен списък същите ще са не по-малко от 420 млн. лв. Въпреки, че пряко не засяга чисто медицинските дейности, това ще има директен ефект върху тях.

В законите за бюджета на НЗОК от 2003 до 2008 г. фигурираше забрана средства от оперативния резерв и от „икономии“ от други здравноосигурителни плащания да се прехвърлят за лекарства. Това условие фигурира от 2003 г. в следствие постоянния преразход за лекарства в предишните години, когато УС насочваше преизпълнението на бюджета, оперативния резерв и неусвоените плащания за медицински дейности само за лекарства, но отпадна с тазгодишния Закон за бюджета, няма го и в проекта за 2010 г. При тези явно недостатъчни средства, НЗОК вероятно ще насочи целия оперативен резерв за лекарства, което изключва възможността да се насочат допълнителни средства за медицински дейности.

6. Най-драстично е положението в болничната помощ - предвидени 709 млн. при очаквано изпълнение за 2009 г. от 1 071 млн. лв. или намаление с 362 млн. лв. При това поради изброените по-горе причини, средства от резерва не могат да се очакват. Тук възникват някои много сериозни въпроси към вносителя и най-вече към министъра на здравеопазването:

6.1. Намалението е с 66 %. С този бюджет, ако изобщо не се вдигат цените, редукцията на хоспитализациите ще бъде с 660 000 при средна цена около 550 лв. Това ли е според министъра броят на фалшивите, ненужни и т.н. хоспитализации и колко конкретно е той в болниците, където работеше до преди няколко месеца. Ако това число е вярно, българските лекари са най-големите мошеници, а българските пациенти – най-големите симуланти в света.

6.2. Всеобщо е признанието, че огромната част от клиничните пътеки са недофинансирани средно с 30-40 %, признато и от здравния, и от финансовия министър. Как ще се увеличат тогава цените? Защото министър Нанев твърди, че с този бюджет щели да се увеличат цените на пътеките и да се намалят хоспитализациите. Ако увеличим цените с 30 %, то с този бюджет трябва да намалим хоспитализациите не с 660 000, а с 950 000.

6.3. Как ще намалим хоспитализациите? Ясен отговор няма, но е загатнат в текстовата част на Закона. В чл. 4 е предвидено болниците да получават делегирани бюджети, т.е. твърд лимит за хоспитализациите, без да се държи сметка за избора на болния, прокламиран в ЗЗО. При изчерпан бюджет не е ясно какво става – медицински туризъм за търсене на болница с неизчерпан лимит, трупане на болни до 5-10 число на месеца и бездействие след това, явление вече позабравено, но изпитано през 2001-2002 г. при лабораториите, на които се раздаваха лимити по квоти. Или листи на чакащи неясно по какви критерии, претоварване на спешните портали или всеки да си се оправя както може, най-вече като си плаща – тогава няма проблеми да бъде хоспитализиран когато и където си иска.

6.4. Вторият подход е с отново подновената порочна практика със закона за бюджета на касата в §9 да се променя ЗЗО, като се изисква специалист на основен трудов договор за сключване на договор с НЗОК. Вероятно това е простият механизъм да се закрият 80 болници, за които говори министър Нанев. Само че говорихме не за закриване, а за реструктуриране в болници за долекуване и продължително лечение. Финансиране за такива дейности в този бюджет обаче няма, така че никой няма да се реструктурира, за да остане без финансиране. Но без договори с НЗОК може да останат цели областни болници поради отсъствие на някои специалности на основен договор.

6.5. С текста за делегираните бюджети отново грубо се нарушава ЗЗО, тъй като представлява лимитиране на обеми не при възлагането, а при крайния изпълнител на дейности и разпределяне на квоти между болнични заведения. В този проектобюджет тази порочна практика продължава. Подобни действия практически нарушават и правото на пациента за свободен избор на пациента, а както всяко разпределително действие са предпоставка за корупция. Това си е и чисто административно бюджетирание с финансиране на структури, а не регулация и управление на риска, характерен за здравното осигуряване, което лесно би могло да се осъществи с похватите, които БЛС предлага при наличие на реално финансиране. Не случайно напоследък бившата директорка на НЗОК говори, че и трябвали пари за нови болници, а не за хоспитализации. Касата започна да финансира отново структури, а не дейности и това се стимулира и генерира законодателно.

6.6. При натрупаните дългове при сегашния бюджет, колко ще станат те при редуцията му с 362 млн. лв.? Къде е причината за дълговете? Че всички директори са некадърни и крадливи, което би трябвало да е проблем на принципала, т.е. министерството и общините. Или че пътеките са недофинансирани, както признават всички.

7. Отново с промяна в ЗЗО е намален оперативния резерв на НЗОК от 10 на 5 процента, съответно от 250 на 125 млн. Абсолютно безотговорно, за да се намери начин допълнително да се намали разходната част, се пипа основния закон и то се намалява оперативния годишен резерв на касата, който е доказал необходимостта си.

III. По излишъка.

Най-скандалното в този бюджет е огромният излишък от 830 млн. лв. Вместо да се спре порочната практика от предишните и особено от миналата година и дори да се започне изтегляне на натрупаните средства, сега той е заложен в огромни размери – над една трета от приходите. Това поставя също някои съществени въпроси:

1. Трупането и управлението на пари е дейност на пенсионното, а не на здравното осигуряване. В последното се събират средства, които се харчат в момента за финансиране на здравни дейности. Практиката в Европа показва, че обществените здравни фондове имат балансиращи годишни бюджети, а често приключват и с дефицити, които се поемат от държавния бюджет. Недопустимо е да се увеличава вноската на българските граждани, а парите да не се използват за това, за което са предназначени – финансиране на здравни услуги.

2. Неслучайно в закона горепосочените термини „голям резерв” или „преходен остатък” не фигурират. В ЗЗО се говори за временно свободни средства, които стоят в БНБ. Само че и в момента там в края на 2009 г. ще има около 620 млн. лв., които безсмислено стоят „временно свободни” вече почти 10 години, а с този бюджет ще станат на 1,4 милиарда лева.

3. В чл. 24 от ЗЗО ясно е регламентирано за какво се харчат средствата от здравноосигурителни вноски, където не фигурира трупането на такива резерви. Текстът за временно свободни средства касае оперативни излишъци. В този си вид проектобюджетът противоречи на ЗЗО. Освен това, основната разлика между данъци и осигуровки е, че вторите се събират и изразходват за определени цели.

4. Практически за сведущите е ясно, че с този излишък се покриват дефицитите по бюджетите на държавния бюджет и НОИ, за да може консолидираната рамка да влезе като нула дефицит. Т.е., ако тези пари бяха дадени като разходи, трябваше да бъдат намалени други такива в държавния бюджет. Но защо точно със здравните вноски трябва да се покриват раздутите разходи на други сфери, които с нищо не са доказали,

че дават по-добри и качествени услуги и че са по реформирани. Примери могат да се дадат достатъчно.

5. От години се говори, че тези пари били едва ли не за черни дни, т.е. при добри времена се трупали, за да се използват, когато бюджетните приходи паднат. Ами нали сега сме точно в криза? Ясно е, че тези пари са виртуални, както половин уста призна и министъра. За да се използват, трябва да влязат в годишната консолидирана рамка.

6. В мотивите се твърди, че с този резерв щял да се осигури финансов ресурс за подготвяните законодателни промени в здравното осигуряване. Интересно за какви промени се пази този ресурс и как с вноски на гражданите ще се финансира не лечение, за което те са предназначени, а законодателни промени или дори реформи.

7. Тук отново се връщаме за рефрена за нереструктурираната система, за която били виновни докторите и затова нямало да се дават пари. Първо, доболничната помощ е отдавна реформирана и то много повече от доста други сфери, но повече пари не и се дават. Второ, въпреки че наистина не е реформирана достатъчно, леглата в болничната помощ бяха съкратени повече от 2 пъти и се намират на средно европейско ниво. Същото е положението с лекарите, а при сестрите сме вече на значим дефицит. И ако нещо трябва да се реформира, това е проблем и задача на политиците, а не на лекарите. Трето, реформи се подсиуряват финансово. В случая преди реструктуриране е необходимо да се подсиури финансиране на дейностите за долекуване и продължително лечение, реално финансиране на останалите пътеки и работеща обективна здравна карта. Такива неща в този бюджет няма.

8. От дължимите за идната година 941 млн. лв. за здравни вноски на категориите лица, осигурявани от републиканския бюджет, държавата ще си прибере обратно над 830 млн. лв. В такъв случай държавата ще плати реално около 110 млн. лв. за контингент от над 4 млн. души пенсионери, деца, студенти и т.н., т.е. средно по около2 лева на човек месечно, а останалите са виртуални и ще стоят във виртуалния резерв. Оказва се, че най-неизрядният платец на здравни вноски догодина ще бъде държавата, а предвидени санкции за това няма.

9. Стои вече и въпросът с какво изрядните платци ще се мотивират да си внасят вноските и как ще се увеличи събираемостта, след като държавата не си внася своите вноски, не ги използва по предназначение и прави с тях, каквото си иска.

10. Като някакво оправдание в чл. 1, ал. 4 е дадена възможност Народното събрание по предложение на Министерски съвет да утвърди от 1 юли 2010 г. допълнителни бюджетни кредити. Само че това е „може” и си е чиста актуализация на бюджета, която Народното събрание може да направи по всяко време и без да фигурира тази алинея.

IV. Други проблеми.

1. Отново в чл. 3 фигурират отменените от ВАС регулативни стандарти.

2. В промяната в ЗЗО е отменена компенсацията, която лечебните заведения получават за намалената **потребителска такса на пенсионерите**. Задълбочава се порочната практика популистки да се освобождават от такси все повече категории граждани, а никой да не компенсира изпълнителите.

Ако някои пасажии в това становище ви изглеждат познати, не се учудвайте. То до голяма степен повтаря констатациите и разсъжденията в становищата, които БЛС даваше до НЗОК, МС и НС за проектобюджетите за 2008 и особено за 2009 г., като разликата е основно в числата и то задълбочаваща се през 2010 г., като планирания излишъкът от 400 млн. лв. нараства на 830 млн., а целият бюджет намалява в разходната част.

Считаме, че предложеният проектобюджет е неприемлив, вреден и опасен за българското здравеопазване и за здравето на българските граждани. Считаме, че за това основна вина има министерството на здравеопазването и персонално здравният министър поради неспособността му да формулира ясно проблемите, причините, потребностите и решенията, свързани с този проектобюджет. Поради това сме се постарали да ги формулираме ние като съсловна организация с надеждата, че ще бъдат разбрани и коригирани от отговорните институции.

С уважение:

03.11.2009 г.

Д-р Цветан Райчинов

гр. София

/Председател на УС на БЛС/