В БРОЯ

Дарителски жест.....2

Събитията

Медицинска и стоматологична помощ, заплащана от НЗОК, за периода 2000-2004 година.....3

Дискутира се бъдещето на реформата в здравното осигуряване.....10

Районните здравноосигурителни каси.....11

Консулт

Кейс-микс подход и Диагностично свързани групи.....22

Права и задължения на здравноосигурените

Въпроси и отговори.....24

За договорните партньори

Методика и определяне на месечното заплащане за населени места - център на практики с неблагоприятни условия на работа на общопрактикуващи лекари по НРД 2005.....25

Въпроси и отговори.....27

Здравното осигуряване в глобалния свят

Преглед на системите за здравноосигуряване в някои европейски държави.....31

Редакционна колегия: д-р Иван Букарев - директор на НЗОК; д-р Дечо Дечев - зам. директор на НЗОК; Сезяр Февзи - зам. директор на НЗОК; Светла Истаткова - директор на дирекция в НЗОК; доц. Евгения Делчева - директор на дирекция в НЗОК; инж. Юлия Каменова - директор на дирекция в НЗОК; д-р Страшимир Генев - директор на дирекция в НЗОК;

Издателски екип: отдел “Издания и комуникационни проекти”, дирекция “Координация с държавни органи и ведомства, и връзки с обществеността”

Отговорен редактор: Багряна Маркова

Печат: “Сити вижън” ООД

Препечатването на информация от Информационния бюлетин става с изричното съгласие на НЗОК и цитиране на източника.

ДАРИТЕЛСКИ ЖЕСТ

Уважаеми читатели,

Като че ли само в навечерието на празниците забелязваме колко нуждаещи се хора има покрай нас - нуждаещи се от обич, от подслон, от средства, за да се справят с тежко заболяване. И, с гузната надежда да не изпадаме в ситуацията на нуждаещите се, отделяме по някой лев за благотворителност.
Създаването през миналата година на Център "Фонд за лечение на деца" към министъра на здравеопазването е добър опит да се възроди българската дарителска традиция. От край време българинът не жали средства, когато става дума за здравето на децата му и за тяхното образование.
Като приветстват създаването на "Фонд за лечение на деца", в дух на човешка взаимопомощ и солидарност, членовете на Управителния съвет на Националната здравноосигурителна каса решиха да отделят всеки месец по 50 лв. от възнаграждението си за децата, нуждаещи се от лечение в чужбина. Скромният дарителски жест е пример как в условията на трудности, недостиг на средства и влошаващи се демографски показатели всеки може да допринесе със своята скромна лепта за щастието на децата ни. Ако повече хора подкрепят инициативата - всеки според възможностите си, повече деца ще имат шанса да се излекуват. Всяко левче в борбата за детското здраве и живот има висока стойност. Нека като граждани на България да се погрижим за бъдещето на нацията, присъединявайки се към дарителите.

Кирил Ананиев
Председател на УС на НЗОК

Д-р Иван Букарев
Директор на НЗОК

Средства могат да се превеждат по следната банкова сметка:
БНБ-ЦУ
Банков код: 66196611
Сметка: № 3000128907
БИН: 7302010001.

СЪБИТИЯТА

На 15 март 2005 г. се навършиха шест години от създаването на Националната здравноосигурителна каса. За първи път след 1947 г. в България бе въведена системата на задължителното здравно осигуряване.
За шестте години от своето съществуване НЗОК извърви нелек път. Много са постиженията на тази институция, а усъвършенстването на механизмите, по които тя работи, се дискутира активно сред обществото. Предлагаме кратък анализ на някои параметри от работата на НЗОК за изминалия период.

МЕДИЦИНСКА И СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ, ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК, ЗА ПЕРИОДА 2000 - 2004 ГОДИНА

Високо покритие на населението

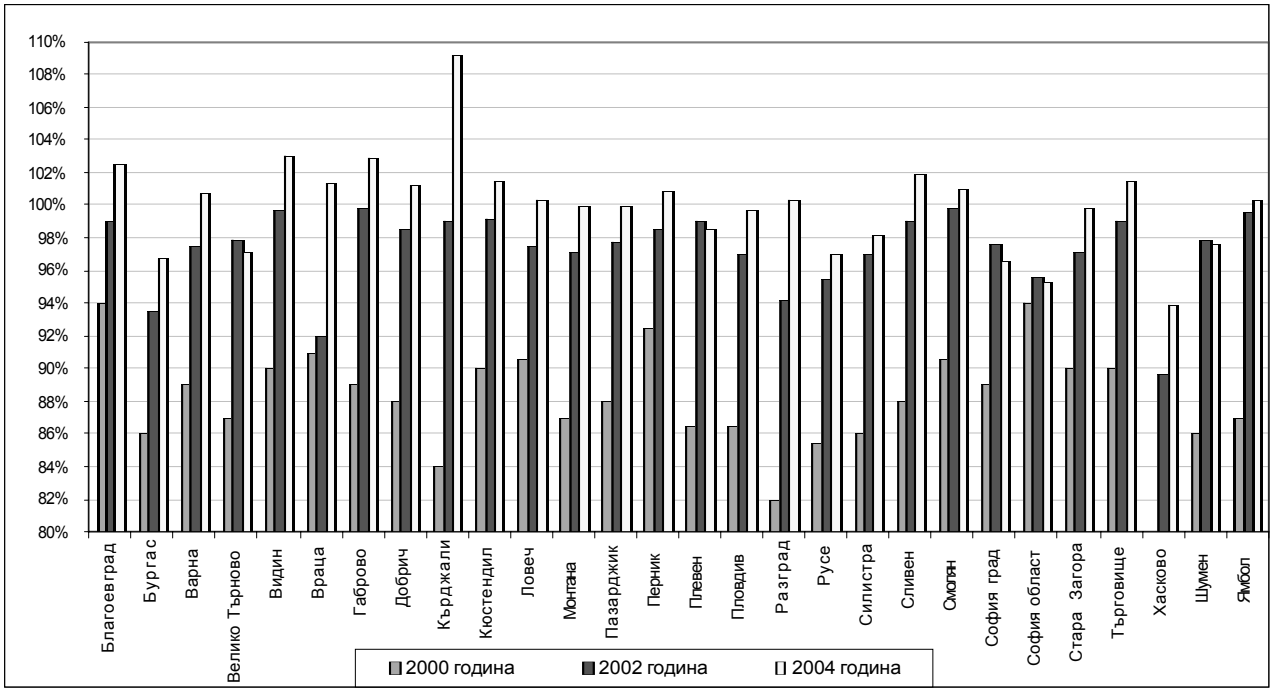
Малко обществени системи се радват на толкова голям интерес от страна на населението, което масово се включва в обхвата на задължителното здравно осигуряване още през първата година (2000 г.) от функционирането на НЗОК като финансираща институция.

Още на старта на реформата (1 юли 2000 г.) гражданите, избрали общопрактикуващ лекар (ОПЛ), бяха повече от 75% от населението. До края на годината те нараснаха до 88% от населението, а от 2003 г. **системата покрива почти цялото население на страната в качеството на потребител на услуги** - над 98%.

Намаляват различията в нивата на регистрация при ОПЛ по области.

От 2002 г. за всички области нивото на регистрация е над 90% от населението. През 2004 г. в половината от областите нивото на регистрация надхвърля 100% от броя на населението по данни на НСИ. Този феномен се дължи на сезонни и други миграционни процеси, които не се отразяват в статистическата регистрация.

Фиг.1. Ниво на регистрация ЗЗОЛ при ОПЛ по области за периода 2000 - 2004 г. (като процент от броя на населението по данни на НСИ)

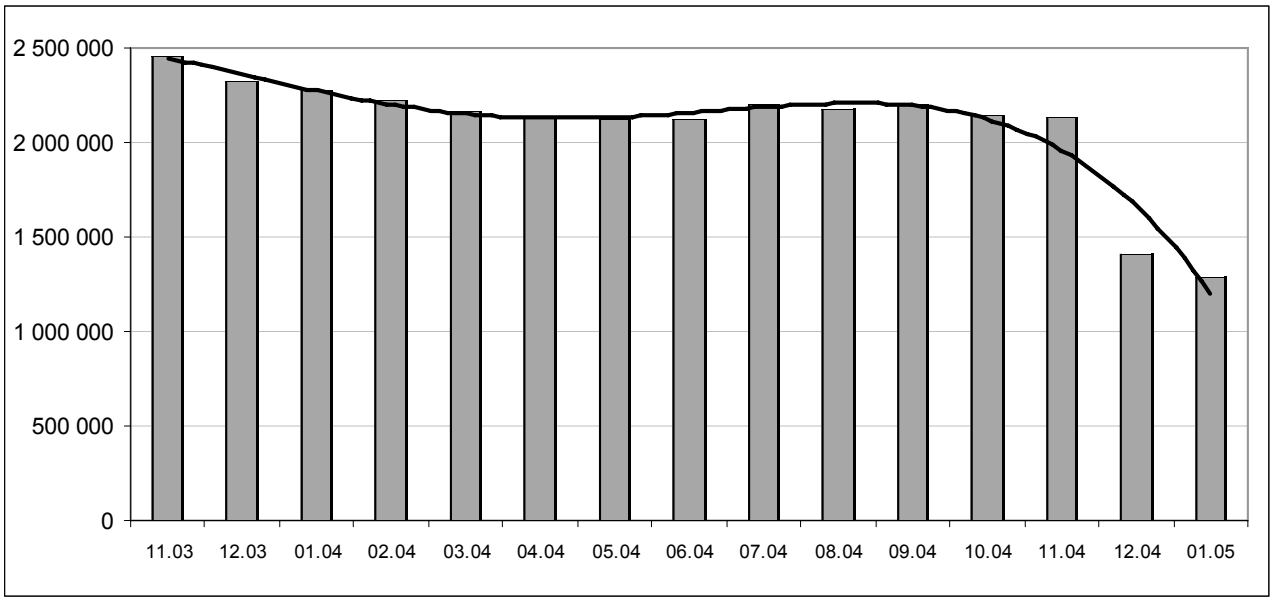


Подобрява се осигуреността на населението с медицинска помощ, заплащана от НЗОК, в **населени места с неблагоприятни условия**. 29% от регистрираното население живее в населени места с неблагоприятни условия. Регионал-ната картина на регистрираното население в практики с неблагоприятни условия **отразява географ-ските и инфраструктурните различия** между областите. Най-много практики с неблагоприятни условия и обхванато население има в областите Кърджали, Благоевград, Търговище, Разград, Варна.

Защита на осигурителния принцип "по-добре късно, отколкото никога"

В края на петата година от своето функциониране системата на задължително здравно осигуряване се отърсва от "гратисчийството" . По данни на НОИ през 2004 г., преди въвеждането на рестриктивните мерки (от 1 октомври 2004 г.), около 28% от регистрираните при ОПЛ дължат повече от три здравноосигурителни вноски, като около 4% нямат платена нито една вноска. За тези граждани НЗОК е заплащала осигуряването на първична помощ през цялото време на регистрацията им при ОПЛ, както и насочването им към специализирана, медико-диагностична и болнична помощ, което нарушава осигурителния принцип право на ползване на услуги да имат само хората, които са платили или за които са платени здравноосигурителни вноски.

Фиг.2. Брой лица, регистрирани при ОПЛ, които дължат повече от три вноски, по месеци за периода ноември 2003 - януари 2004 г.



Нарастващ интерес за сключване на договори

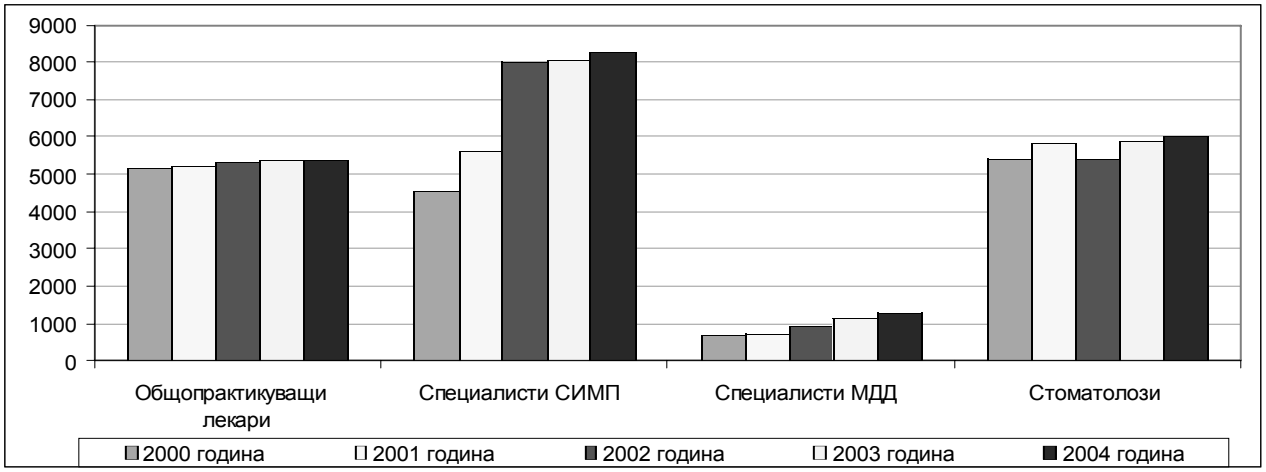
Интересът на лекарите от извънболничната помощ за работа по договор с НЗОК се повишава предимно в специализираната медицинска помощ и медико-диагностичната дейност с тенденция към стабилизиране. Разширяването на видовете пакети и дейности по отделните рамкови договори също влияе за нарастването на броя на изпълнителите.

Най-значително нарастване в броя на лекарите, работещи по договор с НЗОК, **се наблюдава в специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП).** През 2004 г. **броят на специалистите**, отчитащи дейност по НРД, **се е удвоил** спрямо този от старта на реформата през 2000 г. Здравноосигурените граждани вече могат да получат специализирана извънболнична медицинска помощ от 8300 лекари от 33 специалности.

Медико-диагностична помощ по пакетите, договорени в НРД, извършват 1300 лекари от 10 специалности.

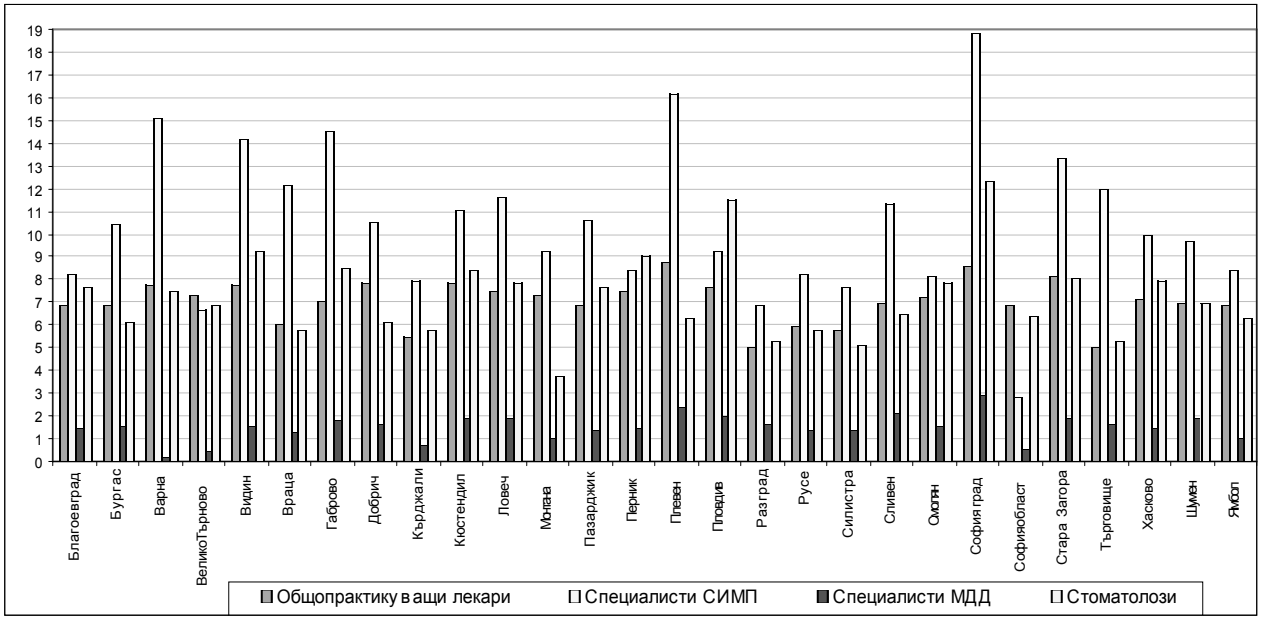
Най-слабо нараства броят на общопрактикуващите лекари - с 1% средногодишно, като през 2004 г. по договори с НЗОК работят 5370 ОПЛ.

Фиг.3. Динамика на броя лекари и стоматолози, работещи по договор с НЗОК, за периода 2000 - 2004 г. по видове извънболнична помощ



Броят на общопрактикуващите стоматолози, работещи по договор с НЗОК, нараства с 2.5% средногодишно за периода на действие на НЗОК. Известен отлив от сключване на договори се наблюдава през 2002 г., но от 2003 г. интересът за работа по НРД се възстанови и през 2004 г. първична стоматологична помощ оказват 5900 общопрактикуващи стоматолози (ОПС). В обратна посока се развива динамиката на **общия брой на специалистите стоматолози** в договорни отношения с НЗОК - най-голям интерес за работа по НРД е изявен през 2001г. - 180 стоматолози, работещи по договор с НЗОК. Поради отпадането на детската стоматология през 2002 г. броят на стоматолозите - специалисти рязко намалява, въпреки нарастването на договорите за хирургична стоматология. От 2003 г. НЗОК отново договаря и двете специалности, но интересът за работа по НРД от страна на специалистите в извънболничната стоматологична помощ е нисък. През 2004 г. хирургична стоматология са договорили 72 стоматолози, а детска стоматология - 38 стоматолози.

Фиг.4. Осигуреност с лекари и стоматолози на 10 000 ЗЗОЛ по области през 2004 г.



Плурализъм и индивидуализъм в здравната инфраструктура

Наблюдава се голямо разнообразие от организационно-правни форми и форми на собственост на лечебни и здравни заведения, сключили договори с НЗОК. В първичната извънболнична медицинска помощ (ПИМП) и общата стоматологична дейност доминират индивидуалните частни форми, а в специализираната помощ - по-сложни институционални общински и частни структури. Почти целият обществен сектор в болничната помощ (болници, собственост на държавата и общините) работи по договор с НЗОК, но най-бързо се разраства броят на договорите с частни изпълнители на болнична помощ.

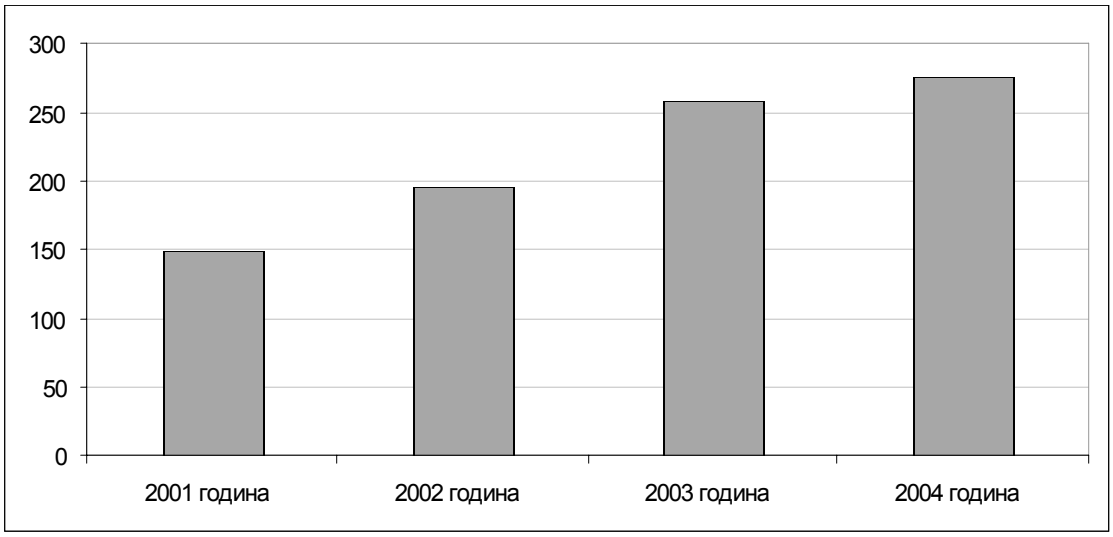
83% от ОПЛ работят в индивидуални практики. Поради тази причина средногодишният темп на нарастване на броя на **лечебните заведения за ПИМП** не се различава съществено от този на ОПЛ - 1%.

При изпълнителите на СИМП разпределението на лекарите по видове лечебни заведения е коренно противоположно - само 21% от специалистите са избрали индивидуалната практика като форма на осъществяване на дейността по НРД. Най-голям процент от специалистите работят в медицински центрове (МЦ) - 37%, и диагностично-консултативни центрове (ДКЦ) - 29%. Въпреки концентрацията на специалистите в по-големи лечебни заведения увеличаването на обхвата на СИМП, заплащана от НЗОК, доведе до **двукратно нарастване** на договорните й партньори за петгодишния период, като през 2004 г. НЗОК е договорила изпълнение на СИМП с 3000 лечебни заведения. Подобна е и картината при **изпълнителите на МДД** - само 25% от лекарите са избрали самостоятелна форма на практикуване на дейността, останалите са разпределени сравнително поравно между МЦ, ДКЦ и болнични лечебни заведения. Увеличаването на обхвата на заплащаната медико-диагностична дейност (МДД) и благоприятните ценови условия на НЗОК водят до **ежегодно нарастване** на договорните й партньори **с 25%.** През 2004 г. договори за извършване на медико-диагностични изследвания са имали 600 лечебни заведения, като са работили по общо над 900 пакета МДД.

В стоматологичната помощ разпределението на стоматолозите е аналогично на това на извънболничната медицинска помощ - 95% от общопрактикуващите стоматолози са сключили договор с НЗОК като индивидуални практики, докато 72% от специалистите са предпочели организирането в стоматологични центрове. През 2004 г. НЗОК е договорила първична стоматологична помощ с 5580 лечебни заведения (ЛЗ), а СИСП - с 55 ЛЗ, половината от които са стоматологични центрове (СЦ).

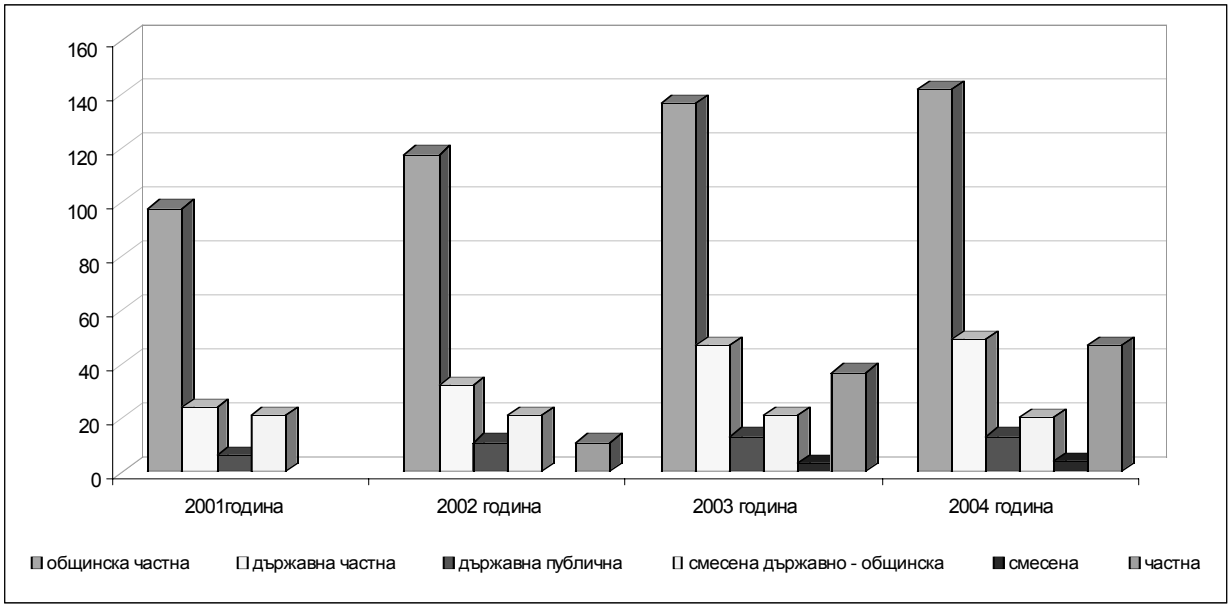
Броят на лечебните заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК, **нараства** през периода 2001 - 2004 г. Общият брой на лечебните заведения за болнична помощ с договор за дейност по клинични пътеки по години е следната: през 2001 г. - 149, 2002 г. - 195, 2003 г. - 258 и 2004 г. - 275.

Фиг. 5. Брой лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК, за периода 2001 - 2004 г.



Според **формата на собственост** най-бързо нараства броят на частните болнични лечебните заведения, сключили договор с НЗОК. От 11 частни болници, сключили договор за дейност по клинични пътеки по НРД 2002 (когато за първи път е предвидена възможност НЗОК да сключва договори за предоставяне на болнична помощ с частни лечебни заведения), през 2004 г. техният брой достига 47 или, 17% от всички лечебни заведения, сключили договор за болнична помощ.

Фиг. 6. Брой лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК, за периода 2001 - 2004 г. по вид на собственост



Повече и по-разнообразни услуги за осигурените граждани

Подобрява се дейността на ОПЛ по национални здравни приоритети - майчино и детско здравеопазване, профилактика и наблюдение на хронично болни. Нараства броят и видовете медицински услуги за здравноосигурените граждани в областта на СИМП, МДД, стоматология и болнична помощ.

Броят на обхванатите пациенти от изпълнители на **ПИМП** в приоритетни здравни програми на ОПЛ нараства с 20% за периода 2001-2002 г. Изпълнението на програмите като брой прегледи, изследвания и консултации през 2002 г. се подобрява спрямо това през 2001 г. - коригиращите удръжки за неизпълнение на изискванията по програмите са намалели с 30%. От 2003 г. НЗОК заплаща за извършен профилактичен преглед по реда на Наредбата на МЗ за профилактичната дейност, което - от една страна стимулира профилактиката, а от друга - улеснява контрола на извършената от ОПЛ дейност. Разширява се обхватът на диспансерната дейност на ОПЛ чрез допълнително заплащане за диспансеризиран пациент от НРД 2003.

От заплащаната от НЗОК **СИМП с най-висок темп** нараства броят на предоставените **високоспециализирани дейности** (ВСД) от специалисти - средно годишно с 33%. От другите видове дейности в СИМП най-голямо нарастване на отчитаната дейност се наблюдава до 2002 г., когато първичните посещения са нараснали с 20% за едногодишен период, вторичните - с 50%, физиотерапевтичните курсове - с 20% и прегледите по повод експертиза на работоспособността - с 40%. След 2002 г. при почти всички дейности се наблюдава стабилизиране на отчитаните обеми, с изключение на ВСД и физиотерапевтичните курсове, които запазват ръста си.

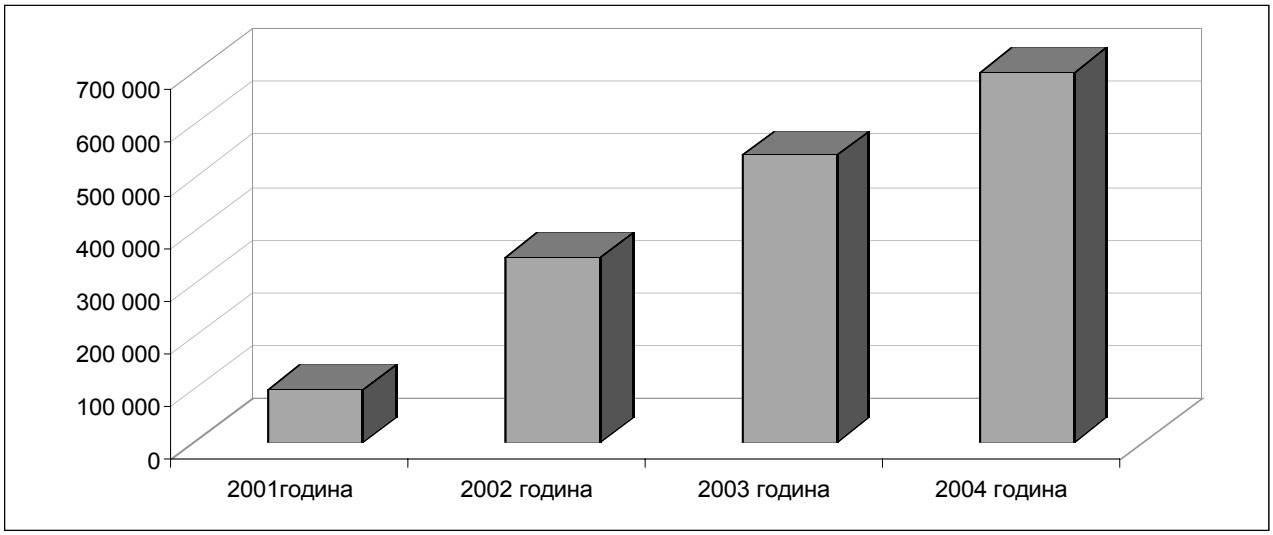
Аналогична е картината и при **МДД**. **С най-висок темп нарастват високоспециализираните изследвания** - 34% годишно. При другите видове изследвания се наблюдава стабилизиране на отчитаните обеми след 2002 г., когато клинико-лабораторните изследвания са отчели ръст с 30%

за едногодишен период, рентгенологичните - с 35%, а другите видове изследвания - с 50%.

При стоматологичната помощ се наблюдава вариация в отчетените обеми стоматологични дейности. Наблюдава се правопропорционална зависимост между цената, заплащана от НЗОК и отчетената дейност.

Отчетените случаи по **клинични пътеки** през периода 2001 - 2004 г. бележат ръст поради увеличаване на броя на клиничните пътеки (КП) и обхванатите диагнози с подписването на всеки следващ НРД. От 30 КП и 185 диагнози (2001г.), през 2004 г. са заплащани 81 КП по 1500 диагнози. Отчетените хоспитализации по клинични пътеки през второто полугодие на 2001 г. са 98 217. През 2002 г. НЗОК заплаща болнична помощ от началото на годината по 40 клинични пътеки и заплатените случаи са 349 896. Нарастването на броя на хоспитализациите по клинични пътеки през 2003 г. (когато се заплащат 81 КП) спрямо 2002 г. е с 55%, а за същите клинични пътеки през 2004 г. е отчетено нарастване на преминалите случаи с 29% спрямо тези от 2003 г.

Фиг.7. Брой отчетени хоспитализации по клинични пътеки за периода 2001- 2004 г.



По показател средномесечен брой случаи по всички съпоставими клинични пътеки се наблюдава нарастване, като то е изразено по-съществено през 2002 г.

Диференциация на методите на заплащане на различните договорни партньори

През изминалия период се наблюдават някои промени в методиките на заплащане за медицинска помощ, продиктувани от необходимостта да се решат конкретни проблеми на практиката и да се насочат стимулите към по-комплексно обслужване на осигурените граждани, и повишаване на ефективността.

Настоящите методи на заплащане за различните видове изпълнители на извънболнична помощ отговарят на добрите световни практики. Методиката за заплащане на болничната помощ (БП) се нуждае от промяна в посока заплащане за случай по ресурсно и клинично хомогенни диагностични групи.

ПИМП - капитация + дейност + неблагоприятни условия;
СИМП - заплащане за посещение + вид дейност;
СП - заплащане за вид дейност;
БП - заплащане за случай по клинична пътека.

Най-голяма динамика се наблюдава в методите за заплащане на общопрактикуващите лекари, при които с всеки рамков договор се променят компоненти и разчетни единици. Прилаганата в

България към настоящия момент смесена система за заплащане на общопрактикуващите лекари (възрастово диференцирана капитация и заплащане за дейност) отговаря на най-добрите европейски и световни практики. Според препоръките на СЗО в Стратегията "Здраве за всички през 21 век": "Системите на заплащане за ПИМП, които комбинират елементи на капитация, свободен избор на изпълнител и заплащане за услуга, предоставят по-добри възможности за управление на системата на здравеопазване, за постигане на високо качество, ефективно използване на ресурсите, удовлетвореност на изпълнителя и потребителя, и фокус върху промоцията и превенцията на здравето". Настоящата смесена система за заплащане на ОПЛ е оценена положително в Доклада за здравето на нацията (МЗ, 2004).

По-адекватно заплащане от НЗОК на лекарите и стоматолозите

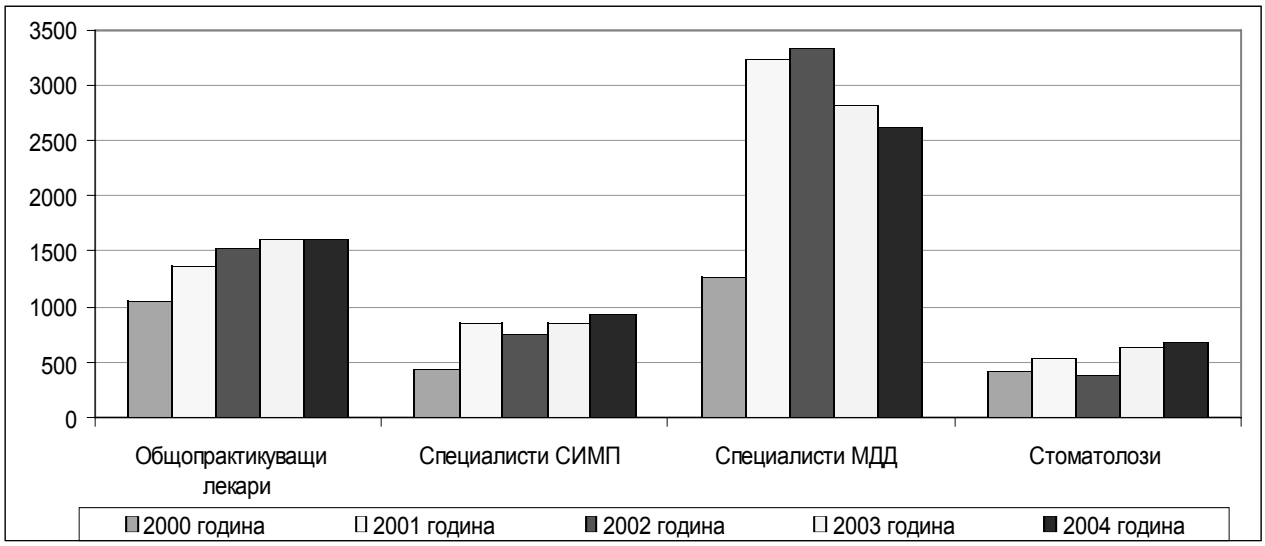
Ритмичното финансиране от НЗОК по договорените цени води до нарастване и стабилизиране на приходите на договорните партньори и по-адекватно компенсиране на труда на медицинските кадри.

Средното месечно заплащане от НЗОК за ОПЛ за последните две години е около 1600 лева на месец.

Рязкото нарастване на специалистите, които работят по договор с НЗОК през 2002 г., е причина за спад в средния приход на един лекар. Нарастването на средствата за СИМП през следващите години постепенно компенсира това. Средномесечният приход от НЗОК на **специалист** през последните две години нараства с 10% годишно и през 2004 г. е 950 лева.

Най-високи са приходите на един специалист, извършващ МДД, което се дължи на по-големите възможности за интензификация на дейността. Атрактивното заплащане и нарасналият брой договорни партньори през последните две години намалява средния приход на един лекар с 10% годишно. През 2004 г. средномесечните приходи от НЗОК на **лабораторен лекар** са 2600 лв.

Фиг.8. Средномесечен приход от НЗОК на един лекар/ стоматолог за периода 2000 - 2004 г.



Динамиката на средния приход на месец от НЗОК на един стоматолог през годините следва тази в СИМП при по-ниски равнища - между 600-700 лв. От 2001 до 2004 г. направените разходи от НЗОК за болнична помощ се увеличават многократно, като това се отразява и в нарастване на трудовите възнаграждения на болничния персонал.

ДИСКУТИРА СЕ БЪДЕЩЕТО НА РЕФОРМАТА В ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

На 9 март т.г институт "Отворено общество" организира Кръгла маса на тема "Бъдещето на здравната реформа: Възможен ли е политически консенсус". На форума бяха представени два проекта за развитие на здравната реформа, подготвени от организации с различна политическа ориентация.

Докладът, представящ социално-либералния модел - "Здравеопазването: отговорност, свободен избор, солидарност", е изготвен от експертна група, оглавявана от проф. д-р Цекомир Воденичаров - декан на Факултета по обществено здраве към Медицинския университет в София, и беше представен от ръководителя на катедра "Икономика на здравеопазването" - проф. Стефан Гладилов.

Докладът на д-р Илко Семерджиев - председател на Международния институт по здравеопазване и здравно осигуряване, беше озаглавен "Дясната алтернатива. Преглед и стратегия на националното здравеопазване за периода 2005 - 2010 година ".

В дискусията взеха участие представители на Националната здравноосигурителна каса, Министерството на здравеопазването, Българския лекарски съюз, Съюза на стоматолозите в България, Съюза на фармацевтите, депутати от парламентарно представените политически сили, експерти от професионални и граждански сдружения.

Двата авторски колектива представиха лявото и дясното виждане по дискусионните теми: размер на здравните осигуровки, допълнително осигуряване, т.нар. основен пакет здравни дейности и др.

Лявото виждане за здравеопазването е следното: етапност в приватизацията на здравните заведения; 5% от БВП за здравеопазване през 2006 г., 5.9% - през 2009 г.; държавата да плаща за бедните, в случай че превишат основния пакет от услуги; да се премахне статутът на търговски дружества за университетските болници, специализираните национални центрове и диспансерите. Според "левия" модел в здравеопазването трябва да се стимулира доброволното здравно осигуряване и да се въведе тристълбов модел - по подобие на пенсионното осигуряване. Първият стълб - задължителното здравно осигуряване, да се осъществява от лицензирани здравни фондове, на базата на пълна солидарност, като размерът на вноската се определя от дохода на здравноосигурения. Вторият стълб - задължителното допълнително здравно осигуряване, да се осъществява на базата на частична солидарност. Освен задължителната вноска, оси-гурениятъ да внася и допълнителна премия, срещу която ползва здравни услуги над основния пакет. При третия стълб - доброволното здравно осигуряване, всеки гражданин самостоятелно определя потребността си от необходимите му пакети здравни услуги. От сегашния размер на задължителната здравноосигурителна вноска 4% да се превеждат от НОИ в НЗОК, а 2% от нея гражданите да внасят по свой избор в други лицензирани фондове. Проектът предвижда да се отменят потребителските такси за пациента, а на лекарите да се плаща за обслужени болни, а не за брой пациенти по списък.

Дясното виждане за здравеопазването е следното: да се приватизират държавните и общински болници, регистрирани като търговски дружества; районните здравноосигурителни каси да станат автономни; съсловните организации на лекарите и стоматолозите да не участват при договарянето между касата и болниците; всяко лечебно заведение само̀ да определя цените си; всеки осигурителен фонд да определя конкретен пакет срещу вноските, които получава.

Според десния модел за здраве ще плащаме досе-гашните 6%, а НОИ ще превежда средствата в избран от нас здравноосигурителен фонд. Предвижда се автономия на 28-те районни здравноосигурителни каси (които с времето може и да се приватизират), както и избор между тях и съществуващите (в момента 12) частни здравни фондове. Всички осигурители ще трябва да гарантират задължителния пакет здравни услуги, а над него ще се конкурират чрез допълнителни пакети.

Въпреки съгласието на всички участници в

диспута, че трябва да се даде възможност на доброволните здравноосигурителни фондове да навлязат на пазара, останалите теми противопоставиха мненията на депутатите от различни политически сили. Доц. Пламен Кенаров от Народен съюз обяви, че в здравеопазването може да има само един консенсус - качествено управление от специалисти. Емилия Масларова от Коалиция за България окачести нивото на здравеопазване като изключително ниско, управлението - като лошо, а здравното обслужване - като неефективно. Според д-р Стойчо Кацаров от Демократи за силна България, главните проблеми пред здравеопазването в страната са: нерегламентираните плащания за здраве, огромният брой граждани с нарушени осигурителни права и високата цена на лекарствата. Спорен е въпросът дали НЗОК (РЗОК) може да се приватизира, защото тя е не държавна, а обществена институция, заяви той. Според д-р Хасан Адемов от ДПС трябва да се намери начин за финансиране на здравеопазването, който не е свързан с увеличаване на процента от БВП. Здравните експерти призоваха политиците по време на предизборната борба да не обещават опрощаване на здравноосигурителните вноски, тъй като това демотивира коректните платци.

Повишаването на средствата за финансово обезпечаване на основния пакет медицински услуги може да стане или чрез повишаване на здравната вноска, или чрез свиване на пакета до реалния бюджет на НЗОК, заяви председателят на парламентарната комисия по здравеопазване доц. Атанас Щерев. Ограничаването на пакета от дейности, гарантиран от НЗОК, е наложително. Това означава, че или трябва да се увеличи финансирането, или да се плаща за по-малко услуги. По този начин ще се отвори място за дружествата за доброволно здравно осигуряване, коментираха депутатите. Всички декларираха намерение да променят пакета от меди-цински дейности, който касата покрива сега.

В изказването си пред дискусионния форум д-р Глинка Комитов - зам.-директор на НЗОК, призова към обществен, политически и институционален консенсус по обема на основния пакет, гарантиран от касата, както и за осигуряване на 100-процентовото му финансиране. Според д-р Комитов средствата ще дойдат от следните източници: бюджетно финансиране, поетапно усвояване на фискалния резерв на касата, както и доброволни здравноосигурителни вноски. Нерегламентираното доплащане за здравни услуги от страна на пациента ерозира системата и проблемът трябва да бъде решен на политическо ниво, заяви зам.-директорът на НЗОК.

РАЙОННИТЕ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ КАСИ

БЛАГОЕВГРАД

Сумата за здравноосигурителни плащания, съгласно отчета за касово изпълнение на бюджета за 2004 г. на РЗОК - Благоевград, е в размер на 23 693 734 лв., което в сравнение с преходната 2003 г. е с 2,75% повече. Финансовото изпълнение на бюджета по отделните видове здравноосигрутителни плащания са, както следва:

Видове здравноосигурителни плащания (в лв.)	**2003 г.**	**2004 г.**
1. Първична извънболнична помощ	4 697 675	4 401 953
2. Специализирана извънболнична помощ	3 329 353	3 680 167
3. Стоматологична помощ	2 759 273	2 694 401
4. Медико-диагностична дейност	1 428 395	1 452 530
5. Лекарствени средства за домашно лечение	4 120 955	3 218 367
6. Болнична медицинска помощ	6 721 721	8 246 316

През 2004 г. в РЗОК са отчетени 230 546 профилактични прегледа, за които са заплатени 850 258 лв. На деца до 18 години са извършени 111 558 профилактични прегледа, за които

здравната каса е заплатила 470 488 лв., а на граждани, навършили 18-годишна възраст са извършени 118 988 профилактични прегледа, за които са заплатени 379 988 лв.

През 2004 г. по НРД 2003 РЗОК има сключени 10 договора за оказване на болнична помощ, от които 5 - с многопрофилни болници за активно лечение, 3 - с диспансери, 1- със специализирана болница и 1 - с медицински стоматологичен център. Договорни партньори на РЗОК са: "МБАЛ Благоевград" АД - Благоевград; "МБАЛ Иван Скендеров" ЕООД - гр. Гоце Делчев; "МБАЛ Разлог" ЕООД - Разлог; "МБАЛ Св. Врач" ЕООД - Сандански; "МБАЛ Рокфелер" ЕООД - Петрич; "ОДОЗС Благоевград" ЕООД - Благоевград; "ОДПФЗС Св. Иван Рилски" ЕООД - Благоевград; "ОДКВЗС Благоевград" ЕООД - Благоевград; "СХБАЛ Символ на надеждата " ЕООД - гр. Гоце Делчев; "МСЦ Неврокоп" ООД - гр. Гоце Делчев.

През 2004 г. по НРД 2003 РЗОК е сключила договори за 57 клинични пътеки. Болнично лечение са преминали 20 845 пациенти, за които НЗОК е заплатила 8 246 316 лв.

За 2004 г. РЗОК имаше сключени 652 договора с изпълнители на медицинска помощ: изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ - 188; изпълнители на специализирана извънбол-нична медицинска помощ - 138; медицински центрове - 12; медико-стоматологични центрове - 3; медико-диагностични лаборатории - 11; изпълнители на стоматологична помощ - 240; изпълнители на специализирана медицинска помощ по чл.19 - 4; изпълнители на болнична помощ - 10; аптеки - 57.

През 2004 г. от контролните органи на РЗОК са извършени 733 проверки на изпълнители на медицинска помощ, от които 193 - медицински и 540 - финансови. С констатации са завършили 360, или 66%, от финансовите проверки и 114, или 59%, от медицинските проверки.

МЕСЕЦ	ФИНАНСОВИ ПРОВЕРКИ	МЕДИЦИНСКИ ПРОВЕРКИ	ОБЩО ИЗВЪРШЕНИ ПРОВЕРКИ ПО МЕСЕЦ
януари	10	14	24
февруари	20	12	32
март	22	15	37
април	33	11	44
май	26	10	36
юни	73	15	88
юли	72	20	92
август	37	18	55
септрмври	71	15	86
октомври	53	25	78
ноември	75	27	102
декември	48	11	59
ОБЩО	540	360	733

През 2004 г. в РЗОК - Благоевград са постъпили общо 37 жалби от граждани. Извършени са 21 финансови проверки по жалби на лечебни заведения за извънболнична помощ, като 14 от тях са завършили с констатирани нарушения и са наложени санкции.

В първичната извънболнична медицинска помощ извършените финансови проверки по жалби на граждани са 12. Повод за тях са били следните оплаквания: неправомерно записване на пациенти в регистъра на личния лекар, неправомерно взета потребителска такса или неспазване на обявеното работно време за амбулаторен прием - неадекватно оказване на медицинска помощ. 11 проверки са завършили с констатирани нарушения. При проверка на една от жалбите (анонимна) не се констатира нарушение.

В РЗОК са постъпили 2 жалби срещу изпълнители на извънболнична стоматологична помощ, относно документирани и отчетени, но неизвършени стоматологични дейности. Направени са 3 проверки по тези жалби, една от които е завършила с констатирано нарушение.

Извършените финансови проверки по жалби на граждани срещу изпълнители на специализирана медицинска помощ са 3. Те са по повод заплащане на медицинска дейност, неправомерно записване на пациенти в регистъра на диспансеризирани лица, както и отчетени медицински дейности, които не са извършени. Една от проверките е завършила с констатации. При другите 2 е установено, че жалбите са неоснователни.

През 2004 г. са извършени общо 16 медицински проверки на лечебни заведения за извънболнична помощ и болнична помощ по жалби на граждани. От тях 7 са завършили с констатирани нарушения. 11 са извършените медицински проверки на лични лекари, относно: отказ за извършване на домашно посещение, отказ за оказване на медицинска помощ, отказ за издаване на медицинско направление за консултация със специалист, неспазване условията и реда за предписване на лекарствени средства, затруднен достъп и предоставяне на недостатъчна по обем и качество медицинска помощ. Седем от проверките са завършили с констатации и са наложени санкции.

Две са извършените медицински проверки по жалби на граждани срещу изпълнители на стоматологична помощ, по повод отчетени, но неизвършени стоматологични дейности и предоставяне на недостатъчна по качество стоматологична помощ. При проверките се установи, че жалбите са неоснователни.

Една медицинска проверка по жалба е извършена на изпълнители на специализирана медицинска помощ от болнични заведения, относно некоректно отношение към пациент. При проверката не е констатирано нарушение. Три са медицинските проверки по жалби на граждани при изпълнители на болнична помощ, относно липсата на предоперативна анестезиологична консултация на пациент; оказана недостатъчна по вид и обем дейност, съответстваща на договорената и по повод некоректно попълване на епикриза при изписване. Една проверка е завършила с констатирано нарушение и е наложена санкция.

Общо наложени санкции от извършените медицински и финансови проверки за периода 1 януари - 30 септември 2004 г. са за 85 510 лв. Неоснователно платените суми са в размер на 124 803, 83 лв.

ВАРНА

По предложение на районната здравноосигурителна каса и районната колегия на Българския лекарски съюз във Варна комисия от НЗОК и БЛС съюз определи 40 лекарски практики на общопрактикуващи лекари във Варненска област да се ползват от преференциите за работа при неблагоприятни условия. Правото на по-високо заплащане за труда си лекарите придобиват поради отдалечеността на обслужваните населени места от здравни заведения, трудната им достъпност, разпръснатостта на населението и екологичното замърсяване на района. Сред стимулираните са и практиките, в които повече от 30 на сто от пациентите са с прекъснати здравноосигурителни права. За да се впише в критериите за подпомагане, районът в който работи семейният лекар, трябва да отговаря поне на две от изискванията, посочени в Методиката за определяне на месечното заплащане за населени места - център на

практики с неблагоприятни условия на работа на общопрактикуващи лекари по НРД 2005. Общата сума, която всеки месец РЗОК ще отпуска за 40-те лекарски практики (предимно в селски райони), е 4350 лв. Разпределението на субсидиите е различно, тъй като е съобразено с показателите, на които отговаря всяка лекарска практика. Най-много средства според Методиката на НЗОК и БЛС са предвидени за семейните лекари, които практикуват в селата Медовец - 330 лв., Партизани - 360 лв., Поляците - 330 лв. Най-ниската сума, получавана по тази преференция за населено място, е 60 лв.

До 2 март т.г. районната здравноосигурителна каса във Варна е сключила договори с 915 изпълнители на първична и специализирана извънболнична помощ. Приключи договарянето с изпълнителите на стоматологична помощ. 292 са стоматолозите на територията на здравната каса във Варна, сключили договори според изискванията на НРД 2005. Договорите с изпълнители на първична стоматологична помощ са с 4 повече в сравнение с НРД 2003. Още 10 групови практики за първична стоматологична помощ и 6 стоматологични центъра ще работят с РЗОК, като 3 от тях са изпълнители на специализирана стоматологична помощ.

ВЕЛИКО ТЪРНОВО

През декември 2004 г. 6971 души от област Велико Търново смениха общопрактикуващия си лекар. За сравнение: 8013 здравноосигурени граждани се възползваха от това си право през юни 2004 г.

Към 17 януари 2005 г. 277 634 души от областта имат избран личен лекар. Данните са от информационната система на РЗОК - Велико Търново след въвеждане на подадените от лекарите регистрационни форми за избор на общопрактикуващ лекар.

През януари 2005г. РЗОК провери здравноосигурителния статус на 2320 хронично болни, представили за заверка рецептурни книжки и протоколи IA, IB, и IC. Най-голям е броят на заверените рецептурни книжки и протоколи в Приемната на РЗОК във Велико Търново, следвани от офисите в Горна Оряховица - 519, Свищов - 266, Павликени - 227, Полски Тръмбеш - 156 и гр. Елена - 44. Проверката за редовността на здравноосигурителните права през януари показа, че 2273 са хората с непрекъснати здравноосигурителни права. 47 души са с прекъснати права или не са намерени в базата данни, като от тях 36 са доказали здравната си осигуреност с документ, а 9 души през януари са заплатили дължимите суми на обща стойност над 900 лв.

ВИДИН

През 2004 г. РЗОК е извършила общо 275 медицински проверки, което отнесено към броя сключени договори в края годината (272) представлява 99,27%. От тях 255 са тематични и комплексни медицински проверки и 20 са по подадени в РЗОК жалби. На лични лекари са съставени 112 протокола, от които 85, или 75,89%, са с констатирани нарушения. На изпълнители на специализирана извънболнична медицинска помощ са съставени 54 протокола, от които 9, или 16,66%, са с констатирани нарушения. На медицински центрове са съставени 8 протокола, от които с констатирани нарушения са 4, или 50,00%. На диагностично консултативни центрове са съставени 7 протокола, от които с констатирани нарушения са 5, или 71,42%. На медико-стоматологични центрове са съставени 5 протокола, от които с констатирани нарушения са 3, или 60,00%. На лаборатории са съставени 3 протокола, от които - 1, или 33,33%, е с нарушения.

На изпълнители на стоматологична помощ са извършени 61 проверки, при 108 сключени договора за 2004 г. Това представлява 56,48%. Съставени са 61 медицински протокола, от които 2, или 0,032%, са с констатирани нарушения. На лечебни заведения за болнична помощ са извършени 25 медицински проверки и са съставени 25 протокола, от които 20, или 80,00%, са с констатирани нарушения.

Направени са и 158 медицински проверки по изписване на лекарствени средства, като са съставени протоколи. На общопрактикуващи лекари са направени 69 проверки, което при сключени 89 договора представлява 77,52%. На

лекари специалисти са направени 36 проверки, което при сключени 62 договора представлява 58,06%. На стоматолози са направени 53 проверки, което при 109 сключени договора е 48,62%. От всичките проверки по изписване на лекарствени средства 102 са включени при извършването на комплексните проверки. 56 са тематичните проверки, от които 46, или 85,14%, са завършили с констатирани нарушения. Останалите 10 са без нарушения.

Най-често срещаното нарушение е неспазване на условията и реда на предписване на лекарствените средства. През 2004 г. са съставени 129 медицински протокола с констатирани нарушения. Това представлява 46,90% от извършените 275 медицински проверки. Без констатирани нарушения по НРД 2003 за 2004 г. са 146 (53,09%) от всички 275 проверки.

Нарушенията в дейността на изпълнителите на медицинска помощ в повечето случаи са неумишлени. Не се наблюдава възпрепятстване на контролните органи да изпълняват задълженията си. Наблюдава се тенденция към постепенно намаляване на нарушенията от един и същи вид, и подобряване дейността на лекарите. Постепенно се увеличава и броят на изпълнителите на медицинска помощ,които се отчитат на електронен носител.

В четири от медицинските проверки със заповед на директора на НЗОК са взели участие и експерти на НЗОК. Направени са тематични проверки на двама изпълнители на стоматологична помощ и двама - на медицинска помощ. Издадените медицински протоколи са без констатирани нарушения.

Консултанти от Клиничната консултативна комисия (ККК), съвместно с лекарите контрольори на РЗОК, са участвали в две проверки на стоматолози. Консултантите са представили доклади, в които посочват предимно нарушения при неспазване на правилата за добра медицинска практика.

Трудностите, които срещат лекарите контрольори, са предимно от техническо естество: кратки срокове за проверка на постъпилите в отчетния период документи, времето за въвеждане на данните и компютърната им обработка е недостатъчно, част от констатираните нарушения не могат да бъдат обвързани с конкретни текстове от индивидуалния договор и НРД. В тази връзка би следвало да се усъвършенства информационната система, да се конкретизира и прецизира в НРД процесът на установяване и прилагане на санкция при нарушение, да се провеждат обучения на лекарите за повишаване на ефективността от работата на контролните органи.

Като цяло дейността по медицински контрол, осъществявана от лекарите контрольори на РЗОК, може да се определи като добра. Извършени са общо 275 проверки, като средно на месец се падат по 22,91 проверки. Като се има предвид, че работещите в РЗОК лекари са 6, един лекар за годината извършва по 45,83 медицински проверки.

През 2004 г. са извършени общо 295 финансови проверки на изпълнители на медицинска помощ и аптеки - договорни партньори на РЗОК - Видин по НРД 2003. На изпълнители на първична медицинска помощ са направени 103 проверки: 50 - първични, 3 - вторични, 30 - тематични и 20 - по сигнали и жалби. Изразено в процентно съотношение спрямо броя сключени договори с общопрактикуващи лекари (87), това представлява 118.39%. Завършили с констатирани нарушения са 60 (или 58.25%), без нарушения са 43 (или 41.74%). На лекари специалисти са направени 57 проверки: 45 - първични, 9 - тематични и 3 - по подадени жалби. В съотношение спрямо броя сключени договори с изпълнители на специализирана медицинска помощ (74) това представлява 77.02%. Завършили с констатирани нарушения са 18 (или 31.57%) от извършените проверки, без констатирани нарушения са 39 (или 68.42%) проверки. На стоматолози са направени 82 проверки: 62 - първични, 15 - тематични, 2- вторични и 2 - по подадени жалби. Изразено в проценти спрямо сключените договори със стоматолози (111), това е 73.87%. Завършили с констатирани нарушения са 24 (29.26%) проверки, без нарушения са 58 (или 70.73%) проверки. На изпълнители на болнична помощ, сключили договори с РЗОК, са осъществени 16 проверки: една пълна, 14 - тематични и една по жалба. Съвместно с

финансови инспектори на НЗОК е извършена една тематична проверка, завършила без констатирани нарушения. От проверките три са с констатирани нарушения, което представлява 20%. Проверките без констатирани нарушения са 12, или 80%. На аптеки, сключили договор с РЗОК, са направени 37 проверки: 19 - пълни финансови, 13 - тематични и 5 - вторични. Изразено в проценти спрямо сключените договори (36), това представлява 102.77%. От тях завършили с констатирани нарушения са 12 (или 32.43%), а без констатирани нарушения са 25 (или 67.56%).

Причините, довели до нарушенията, са следните: недостатъчно познаване на нормативните документи и невнимание при оформяне на документите. Нарушенията в повечето случай не са умишлени. Не са забелязани и повторни нарушения от страна на един изпълнител. Няма възпрепятстване на контролните органи да изпълняват задълженията си. Трудностите, които срещат финансовите инспектори, са предимно от техническо естество. Полезно би било да се разшири щатното разписание за финансови инспектори и оператори на база данни; да се усъвършенства информационната система; да се оптимизира НРД, като за веки вид нарушение се предвиди конкретна санкция; да се провеждат обучителни семинари за повишаване ефективността от работата на финансовите инспектори.

Дейността на контролните органи на РЗОК може да се определи като добра. В полза на това говорят резултатите. Извършените 295 проверки, отнесени към сключените 315 договора, представляват 93.65%. За всеки месец от годината са направени по 24.58 финансови проверки.

ГАБРОВО

РЗОК подписа 87 индивидуални договора по НРД 2005 с общо 94 общопрактикуващи лекари от областта. Две са груповите практики за оказване на първична извънболнична медицинска помощ, като в тях работят девет лекари. В сравнение с миналата година договор е подписал още един общопрактикуващ лекар, работещ в Габрово.

Обслужването на здравноосигурените граждани от областта е напълно осигурено с общопрактикуващи лекари и няма незаети селски практики.

247 лекари специалисти ще се грижат за здравноосигурените през 2005 г. Трийсет и пет от тях работят в индивидуални практики. Сключени са договори с два диагностично консултативни центъра (по един в Габрово и Севлиево) с общо 94 специалисти и с девет медицински центъра във всички градове на областта - със 103 специалисти.

Болниците, които ще оказват и извънболнична медицинска помощ, през тази година са 5, а самостоятелните лаборатории - 3. Сключените договори обхващат почти всички специалности, с изключение на детските профилни, поради липса на такива специалисти (детска ендокринология, детска психиатрия, детска пулмология и др.)

Стоматолозите, които ще обслужват здравноосигурени пациенти през 2005 г., са 113 и работят както на индивидуална практика, така и в групови практики и в един стоматологичен център.

Специализирана стоматологична помощ ще бъде оказвана по два договора.

Лечебните заведения в областта, които ще извършват болнично лечение по НРД 2005, са общо 9, като 7 от тях са болници, а 2 - лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ. Общият брой клинични пътеки, по които ще бъдат лекувани здравноосигурените граждани, са 94. За сравнение, през 2004 г. те бяха едва 56. За първи път е подписан договор с детската белодробна болница в Трявна по две клинични пътеки.

Аптеките, които ще отпускат напълно и частично платени лекарства, са 45, като седем от тях ще работят със здравноосигурителната каса за първи път.

ПЛЕВЕН

3209 са телефонните обаждания от граждани в приемната на РЗОК за 2004 г. Позвъняванията с въпроси от страна на договорните партньори са

2232. 131 са подадените до Директора на касата писмени жалби от пациенти. По всяка от тях е назначавана проверка за установяване на нейната основателност.

Най-често задаваните въпроси от граждани обхващат тематика, свързана с потребителската такса, протоколите за лекарства, заплащани от НЗОК, клиничните пътеки. Има и питания относно заплащането на консумативи при болнично лечение, за лекарствения списък, тест-лентите за глюкомери на диабетично болните, скъпоструващото лечение по програми, пакета стоматологични услуги, пререгистрацията при друг личен лекар, разсрочването на здравните вноски. Най-често задаваните въпроси от страна на договорните партньори са свързани основно с промените в закона за здравното осигуряване, промените в лекарствения списък, разпределението на регулативните стандарти, диспансеризацията и др.

През януари 2005 г. са постъпили 197 молби и 47 декларации от граждани на територията на Плевенска област. Телефонните позвънявания в касата са по 10-15 дневно. Молбите за смяна на общопрактикуващ лекар са 115, а отнасящите се до скъпоструващо лечение са 54. Декларациите за изгубени рецептурни книжки са 45, а декларациите от пациенти, че не са избирали друг лекар, са 2.

Жалбите, подадени до директора на РЗОК за периода, са 17 - с осем повече от тези за декември 2004 г. Тематиката обхваща оплаквания, свързани с: неправомерно прехвърляне при друг личен лекар без знанието и съгласието на пациента, нарушаване правото на личен избор съгласно Наредбата за достъпа до лечебни заведения - 11 бр.; заплащане на медикаменти по време на лечение по клинична пътека в МБАЛ; отказана медицинска помощ и консултация с лекар-специалист от личен лекар поради ноосигуреност на гражданина; недостатъчност на оказаната медицинска помощ от лекар-психиатър, забавил подготовката на документите за освидетелстване на лицето от ТЕЛК; забавяне на доставката на животоподдържащо лечение за хронично заболяване в аптечната мрежа; оказване на медицинска помощ от фелдшер, обслужващ населеното място срещу твърде високи цени на медикаментите, заплащани от пациента; недостатъчност на оказаната медицинска помощ в болнично заведение, довела до усложнения и повторни хоспитализации на пациента.

19 985 здравноосигуренигражданиса заверили рецептурни книжки в РЗОК през 2004 г. Броят на диагнозите по МКБ, за които са издадени и заверени рецептурни книжки, е 107 017, като средно на един пациент се падат по над 5 заболявания. Общо за всички възрастови групи водещ е броят на болните с диагноза "хипертонична сърдечна болест" - 32 874, следвани от пациенти със запушване и стеноза на предмозъчните артерии - 10 791, сърдечна слабост - 10 025, исхемична болест на сърцето - 9 193 и неинсулинов захарен диабет - 6 808. Децата в групата от 0 до 18-годишна възраст най-много боледуват хронично от бронхиална астма - 1017, следвани от тези с генерализирана епилепсия с гърчове - 264, цьолиакия - 138, афективни психози - 133, генерализирана епилепсия без гърчове - 108. Във възрастовата група 18-45 години първо място заемат болните с хипертонична сърдечна болест - 1385, следвани от тези с бронхиална астма - 908, афективна психоза - 763, шизофренни психози - 542, и 407 - страдащи от есенциална хипертония. 17 717 са задължително здравноосигурените лица от 45 до 65-годишна възраст, на които са заверени рецептурни книжки с диагноза "хипертонична сърдечна болест", след тях се нареждат болните с бронхиална астма - 906 души, с афективни психози - 542 и с есенциална хипертония - 407. При най-възрастните пациенти - над 65 години, водеща е хипертоничната сърдечна болест, от която хронично боледуват 17 766 души в областта. 8142 пациенти са заверили книжките си поради наличие на запушване и стеноза на предмозъчните артерии. Болните от сърдечна недостатъчност наброяват 7764 души, тези с исхемична болест на сърцето са 5320. Поради установяване на нарушение на сърдечния ритъм 4683 здравноосигурени са заверили документите си в РЗОК.

За 2004 г. РЗОК е контролирала 639 сключени договора с изпълнители на извънболнична медицинска и стоматологична помощ, болници и аптеки. Извършени са 1319 проверки по изпълнение на договорите. Анализът показва, че при

заложена в годишния план 100% проверяемост на договорите, извършените проверки са със 106% повече от планувано и бележат 100% увеличение спрямо извършените през 2003 г. Увеличена е средната натовареност с проверки на един контрольор в РЗОК за 2004 г. - 39 проверки. За лекарите - контрольори този показател е 30 проверки, а за икономистите - 46. Трикратно е увеличен размерът на наложените санкции спрямо 2003 г. Повишен с 41% е и броят проверки с констатирани нарушения спрямо 2003 г., както и броят на констатираните нарушения при проверките спрямо същия период на 2003 г. - с 58%.

Структурата на контролната дейност на РЗОК е следната: 746 финансови проверки; 473 медицински проверки и 100 проверки по жалби (64 - медицински и 36 - финансови). В процентно изражение финансовите проверки са 56.6% от общите, а медицинските - 35.8%. 7.6% от общия контрол е осъществен по подадени жалби от граждани. Финансовите проверки са: 601 - тематични, 62 - пълни. Вторичните финансови проверки са 83, а тези по жалби и сигнали - 36. Медицинските проверки са: 118 - първични тематични и 170 - последващи тематични. Съвместните проверки са 185, а тези по жалби и сигнали - 64.

По видове изпълнители на медицинска и стоматологична помощ разпределението на контрола за 2004 г. е следното: в първичната извънболнична медицинска помощ при общо 254 сключени договора по НРД 2003 броят на извършените за миналата година проверки е 457, което е почти 40% спрямо общия брой договори и 35% - спрямо общия брой проверки. В специализираната извънболнична медицинска помощ при 103 сключени договора контролът обхваща 280 проверки. Това представлява над 16% към общия брой договори и 21% - към общия брой проверки. В първичната извънболнична стоматологична помощ одитът обхваща 321 проверки на изпълнители по 176 сключени договора, което е 27.5% спрямо общия брой договори и 24.3% - спрямо всички проверки за годината. В специализираната извънболнична стоматологична помощ извършените проверки са 8 при 5 сключени договора. С 159 проверки на 91 аптеки, сключили договори с РЗОК за 2004 г. се постига 14% изражение спрямо общия брой договори и 12% - спрямо общия брой инспекции на договорни партньори. При 10 договора с болници за 2004 г. извършените проверки са 94, което прави 1.6%, съотнесено към общия брой договори и 7% - спрямо целия контрол на РЗОК за разглеждания период.

Структурата на извършените проверки за 2004 г. по показател "изпълнители на медицинска помощ" е следната: първична извънболнична медицинска помощ - 457 проверки (индивидуални практики - 448, групови практики - 9); специализирана извънболнична медицинска помощ - 280 проверки, от които: диагностично-консултативни центрове - 99; медицински центрове - 54, индивидуални и групови практики в специализираната помощ - 98; специализирани медико-диагностични лаборатории - 5; СИМП от болници по чл.19,ал.2 от НРД - 21 проверки; медико-стоматологични центрове - 3 проверки. В първичната извънболнична стоматологична и специализираната стоматологична помощ са направени 329 проверки.

Общият брой нарушения в клаузите на НРД 2003, извършени от изпълнители през 2004 г., е 1064: 430 нарушения в ПИМП, 220 - в болници, 205 - в СИМП, 118 в - ПИСП, при аптеките - 90 и само едно нарушение, констатирано при специалист-стоматолог.

Размерът на наложените от РЗОК санкции поради констатирани нарушения на клаузите от НРД 2003 от страна на изпълнители в договорни отношения е 187 061 лв., като 41% от тях са в ПИМП - 76 971 лв. При болниците процентите са 28, което в парично изражение се равнява на 52 840 лв., а сумата от санкции в специализираната медицинска помощ е 36 290 лв., (12 860 лв. - при аптеките). Санкционирани с общо 8045 лв. са общопрактикуващите стоматолози, а стоматолозите-специалисти - едва с 55 лв.

47% от общия брой проверки са завършили със санкции, т. е. 620 от общо 1319 са с констатации за нарушения в дейността на изпълнителите. Най-много са тези в болничната помощ - при 94 проверки 69 са с наложени санкции за нарушения, или над 73%. В специализираната медицинска помощ - 145 нарушения от общо 280, което е 52% спрямо общия брой. В аптеките - над 50% са санкционирани след установени

нарушения - т. е. от общо 159 проверки 69 са с наложени санкции. Санкциите са в първичната извънболнична медицинска и в първичната извънболнична стоматологична помощ, а най-малко санкции има в специализираната извънболнична стоматологична помощ - 12.5%.

За 2004 г. общата сума за възстановяване в РЗОК от изпълнители в договорни отношения е 76 125 лв. По видове изпълнители разпределението е: болници - 35 058 лв., извънболнична специализирана медицинска помощ - 27 134 лв. Изпълнителите в първичната извънболнична стоматологична помощ са възстановили общо 11 980 лв. надвзети суми, а тези в първичната извънболнична медицинска помощ са върнали надвзети суми за 1413 лв. Аптеките са възстановили неправомерно получени 496 лв., а изпълнители в специализираната извънболнична стоматологична помощ - 41 лв.

Контролните екипи на РЗОК извършиха проверки на изпълнители на медицинска помощ по 100 подадени жалби от граждани. От извършените проверки 64 са медицински и 36 - финансови. За основателни са приети 42, или 42%, завършили с налагане на санкции. Основателните жалби са поради следните причини: нарушаване правото на пациента за свободен избор на лекар (неправомерно включване в регистъра на общопрактикуващия; предоставяне на недостатъчна по обем и качество медицинска и стоматологична помощ; неиздаване на направление за консултация със специалист; заплащане (или доплащане) за дейност, заплатена от НЗОК; неспазване на обявения график; отчетена, но неизвършена дейност от стоматолог; неправомерно заплатена потребителска такса; неотзоваване на личен лекар при неотложни повиквания.

През 2004 г. РЗОК е заплатила за напълно или частично потребление на лекарствени продукти 6 300 700 лв., като за 2003 г. сумата е била 6 145 458 лв. Петте заболявания с най-висок общ разход за РЗОК през 2004 г. са: захарна болест (инсулинзависима) - 2 023 617 лв. за 3404 пациенти; хипертонична сърдечна болест (и при бременни) - 1 409 408 лв. за 37 161 пациенти; шизофренни психози - 1 381 807 лв. за 1306 пациенти; запушване и стеноза на предмозъчните артерии - 779 453 лв. за 11 876 пациенти; Паркинсонова болест - 775 855 лв. за 1516 пациенти.

През 2004 г. бяха извършени редица проверки от контролните органи на РЗОК върху дейността на специалисти психиатри, което доведе до незначително намаляване на разходите за лечение на шизофренните психози.Тази тенденция на завишен строг контрол трябва да продължи.

Резерви в оптималното изразходване на средствата, определени в бюджета на НЗОК за лекарства, могат да се търсят в изграждането на регистър на пациентите по най-разходоемките заболявания, което ще даде възможност за проследяване на дейността на изпълнителите на медицинска помощ по коректното диагностициране и рационалност при назначаване на медикаментозната терапия.

Общо 654 са сключените договори в РЗОК - Плевен по НРД 2005. За 2004 г. по НРД 2003 общият брой договори е бил 639. В първичната извънболнична медицинска помощ са подписани 251 нови договора (247 от тях са индивидуална и 4 - с групови практики). В специализираната извънболнична медицинска помощ договорите са общо 74 (70 индивидуални практики и 4 - групови). 16 договора има РЗОК с диагностично-консултативни центрове в областта, като 9 са сключени и с медицински центрове. Един е договорът с медико-стоматологичен център, 7 - със самостоятелни медико-диагностични лаборатории, а 1 - с РИОКОЗ. Един е договорът и с Националния център по хематология и трансфузиология. В първичната извънболнична стоматологична помощ са сключени 173 договора - индивидуални практики и една групова. В специализираната извънболнична стоматологична помощ договорите са 5: 3 - с индивидуални практики и 2 - със стоматологични центрове. 94 договора е подписала РЗОК с аптеки на територията на областта. В Плевен те са 61, а по общини: Долна Митрополия - 6, Гулянци - 2, Левски - 5, Долни Дъбник - 4, Червен бряг - 9, Искър - 1, Никопол - 2, Белене - 1, Кнежа - 3.

Договорите с многопрофилни болници за активно лечение в Плевенска област са 17, 2 - с ведомствени многопрофилни болници за активно лечение, а 1 - със специализирана болница за долекуване и продължително лечение, и

рехабилитация. Разпределението на броя на клиничните пътеки, по които лечебни заведения за болнична помощ имат договор с РЗОК, е следното: У"МБАЛ - Плевен" ЕАД - 113, "МБАЛ - Червен бряг" ЕООД - 39, "МБАЛ - Левски" ЕООД - 41, "МБАЛ - Никопол" ЕООД - 24, "МБАЛ - Гулянци" ЕООД - 20, "МБАЛ - Белене" ЕООД - 21, ББАЛ - Плевен към ВМА - 34, "МБАЛ - Кнежа" ЕООД - 40, "ДКЦ II Плевен" ЕООД - 2, "ДКЦ Света Параскева" ЕООД - 1, "ДКЦ - Авис Медика" "Андрееви" ООД - 2, "ДКЦ Плевен" ЕООД - 2.

През февруари 2005 г. в приемната на РЗОК са постъпили над 300 телефонни обаждания, 234 молби, 36 декларации и 11 жалби от граждани. Телефонните обаждания от страна на договорни партньори са над 250. Подадените в касата молби са за смяна на общопрактикуващ лекар. Молбите за скъпоструващо лечение са 87. Декларациите за изгубени рецептурни книжки са 34, 2 потвърждават, че лицата не са избирали друг личен лекар.

За периода 1 - 28.02.2005 г. извършените медицински и финансови проверки на изпълнители, сключили с договор с РЗОК по НРД 2005, са 178. От тях 26 са с установени нарушения в клаузите на НРД 2005 и 124 - с установени суми за възстановяване. Извършените от финансовите инспектори на РЗОК проверки са 124, а медицинските са 25. Осъщественият по сигнали и жалби контрол обхваща 29 проверки (18 - финансови и 11 - медицински). Проверените договорни партньори за периода са 166 (от тях - 133 са по финансовия и 33 - по медицинския контрол).

СОФИЯ-ГРАД

През февруари 2005 г. по телефона са консултирани 110 договорни партньори.

Продължи приемането и разглеждането на заявителни документи за сключване на договори по НРД 2005.

Контролът се извършва по документи и чрез проверки на място. Отдел "Финансов контрол" е направил 21 тематични проверки на аптеки. Отдел "Медицински контрол" е извършил общо 26 проверки (в първичната извънболнична медицинска помощ 14 проверки: 3 тематични и 11 - по жалби, в специализираната извънболнична медицинска помощ - 12 проверки: 9 тематични и 4 - по жалби).

В отдел "Пресцентър и връзки с обществеността" са консултирани 1320 граждани по телефона и 430 - в централната сграда на СЗОК. Подадени са 19 жалби. Най-често срещаните проблеми, които гражданите поставят, са свързани със списъка на заболяванията, освобождаващи здравноосигурените от заплащане на потребителска такса; програмата за лечение на безплодие при жената; отказ от страна на общопрактикуващите лекари за издаване на направления за съвместно лечение и консултация със специалист; некоректно отношение на лекари към пациентите; промените в цените на пакета от стоматологични услуги по НРД 2005, както и внасяне на здравноосигурителни вноски.

СТАРА ЗАГОРА

Старозагорци все по-често търсят правата си като пациенти. През изминалата 2004 г. на телефона за консултации на граждани и в приемната в РЗОК са постъпили 1664 обаждания. От тях 664 са били от граждани, а останалите - от договорни партньори. Най-често старозагорци питат: къде може да се направи справка за дължими здравни осигуровки; какъв е механизмът за погасяване им; кога и кой е освободен от потребителска такса; какви са действащите програми за скъпоструващо лечение, заплащано от НЗОК; как и кога могат да сменят личния си лекар; заплаща ли се при домашна визита на личния лекар; заплаща ли се потребителска такса при издаване на рецепта и др.

Договорните партньори на РЗОК най-често се интересуват за възможностите за увеличаване на регулативните стандарти, както и за графиците за предаване на дискетите с новозаписани пациенти.

На телефона в РЗОК гражданите подават и сигнали за нарушаване на здравноосигурителните им права. През 2004 г. в РЗОК са постъпили 173 писмени жалби от граждани. Най-

чести са оплакванията от неетично отношение на лекар към пациент, неправомерно взета потребителска такса, отказ за домашна визита на личен лекар, както и отказ за издаване на направление към специалист. В едномесечен срок жалбоподателят задължително получава отговор. Гражданите, дошли на място в приемната на РЗОК, получават веднага отговор на въпросите си.

Преди една година, по повод петия рожден ден на РЗОК - Стара Загора, стартира инициативата "Отворени врати" за свободен достъп на желаещите отблизо да се запознаят с работата на институцията. В определен ден от месеца РЗОК кани чрез регионалните медии различни групи граждани - пенсионери, студенти, ученици, журналисти. За една година десетки жители от града посетиха институцията и дадоха висока оценка на новата инициатива. От предварително подготвени рекламни материали посетителите се запознават с правата и задълженията си на пациенти. Те поставят и редица въпроси по оказването на медицинска помощ, заплащана от НЗОК/РЗОК, както и изписването на скъпоструващи лекарства. Инициативата "Отворени врати" продължава и през 2005 година.

ЯМБОЛ

През февруари 2005 г. РЗОК провери здравната осигуреност на 711 хронично болни, получаващи лекарствени продукти по протоколи и рецептурни книжки. 710 са хората с редовни здравноосигурителни вноски. С прекъснати здравноосигурителни права е едно лице, уведомено от РЗОК, че има прекъснати осигурителни вноски за повече от 3 месеца.

За периода контролните органи са извършили 19 проверки на изпълнители на медицинска, стоматологична помощ и аптеки, от които: 2 - медицински, 4 - финансови, 6 - по жалби от граждани и 7 - по сигнали от предварителния контрол. Установени са единични случаи на нарушения, отнасящи се до: неправомерно извършена смяна на личен лекар, работа с първични медицински документи и изпълнение на вида и обема дейност по пакети извънболнична помощ. Финансовият одит на аптеките е приключил с 3 нарушения, във връзка с документооборота и отпускането на лекарствени продукти. Две от проверките по жалби на граждани са приключили като основателни, във връзка с неправомерно извършен избор на личен лекар и нарушение по изпълнение на индивидуалния договор за оказване на първична извънболнична медицинска помощ, за което на общопрактикуващия лекар е наложена санкция.

За февруари 2005 г. изплатените суми за здравноосигурителни плащания от РЗОК - Ямбол са следните: за първична извънболнична медицинска помощ - 135 603.48 лв.; за специализирана извънболнична медицинска помощ - 125 471.40 лв.; за стоматологична помощ - 85 373.43 лв.; за медико-диагностична дейност - 56 670.89 лв.; за лекарства за домашно лечение и медицински изделия - 165 505.38 лв., за болнична медицинска помощ - 452 331.25 лв.

Към 24 февруари 2005 г. сключените договори на РЗОК с изпълнители на медицинска, стоматологична помощ и аптеки са следните: с изпълнители на първична извънболнична стоматологична помощ - 94, 1 - със стоматологичен център; с общопрактикуващи лекари - 87 (в т.ч. - 2 групови практики); с изпълнители на индивидуална специализирана извънболнична помощ - 29.; с медицински центрове - 2., с диагностично-консултативни центрове - 1; с лечебни заведения за медико-диагностична дейност (лаборатории) - 8; с лечебни заведения за високоспециализирана дейност, изпълнявана в условията на болнична помощ - 3 (ДКЦ - 1 в Ямбол за 43 ВСД; МЦ "Диана мед"- Ямбол за 14 ВСД; МБАЛ "Св. Пантелеймон" - Ямбол за 34 ВСД); с лечебни заведения за болнична помощ - 3.

РЗОК сключи договор с МБАЛ "Св. Пантелеймон" АД - Ямбол за оказване на болнична помощ по 90 от общо 120 клинични пътеки, договорени по НРД 2005. С МБАЛ "Св. Иван Рилски"АД - Елхово договорът е за 32 клинични пътеки и с ДКЦ -1в Ямбол - по КП №43 "Хирургично лечение при хронични заболявания на сливиците". Договорите с аптеки са 40. Ръководствата на РЗОК и РЦЗ се срещнаха с

лекарите психиатри от извънболничната помощ, във връзка с критериите по изписване на лекарствени продукти (Протокол IC), съгласно новия Лекарствен списък на НЗОК за психичните заболявания, включени в Наредба №38/16.11.2004г. и последващите изменения и допълнения на Наредбата. Проведени бяха срещи със Сдружението на зрително затруднените лица и с Клуба на инвалидите по проблемите на здравното обслужване и здравното осигуряване на хронично болните и правата и задълженията им при оказване на медицинска помощ, гарантирана от бюджета на НЗОК/РЗОК. Хроничните астматици бяха информирани за отпускането на лекарства, заплащани от НЗОК, съгласно новия Лекарствен списък от 1 февруари 2005 г.

Директорът на РЗОК и председателят на районната колегия на БЛС работиха в сътрудничество при определянето на лекарските практики с неблагоприятни условия на територията на областта.

КОНСУЛТ

КЕЙС-МИКС ПОДХОД И ДИАГНОСТИЧНО СВЪРЗАНИ ГРУПИ

Какво представлява КЕЙС-МИКС подходът

"Кейс-микс" е научен подход за класифициране състава на болните в лечебните заведения за болнична помощ (ЛЗБП) според тяхната нозология, извършените процедури, болничния престой и други характеристики, които се отнасят както към отделния болничен случай, така и към общия брой случаи в стационара. Подходът представлява система за отчет на медицинския продукт на болница, приведен в стандартизирани единици, както и ресурсната консумация при производството му.

На практика съвкупността от видовете лекувани случаи представлява кейс-микс (case-mix) на болницата. Case-mix ни показва необходимостта от ресурси на конкретната болница според лекуваните пациенти.

Заплащането за извършена дейност от ЛЗБП е съобразено с характеристиките на лекуваните случаи. По този начин се постига справедливо разпределение на ограничените ресурси между изпълнителите на болнична помощ, тъй като кейс-микс подходът е начин за измерване "колко болни" са пациентите на дадена болница. Колко струват тези случаи е резултат от конкретното болнично лечение. Когато всички болници отчитат работата си по тази система, се създава национален кейс-микс индекс, който винаги е равен на единица. По скалата под и над тази единица се подреждат болниците в страната. Това подреждане отразява ресурсната консумация и е много добър инструмент за планиране и разпре-деляне на болничните бюджети в национален мащаб.

Диагностично свързани групи (ДСГ)

- Групи от заболявания, които притежават сходни клинични характеристики и приблизително еднакви разходи за лечение;
- Система за класификация на пациентите, съдържаща различен брой групи - 470 до 1500, в зависимост от използваната версия на групера (специализиран софтуерен продукт за класификация на пациентните записи);
- Система за заплащане/финансиране на медицинските услуги;
- Система за справедливо разпределение на ресурсите;
- Възможност за формиране на национални бази данни от медико-статистическа информация на ниво пациент.

Развитие на системата на диагностично свързани групи

Идеята за Диагностично свързани групи (ДСГ) възниква в края на 60-те години в САЩ, когато се наблюдава ескалация на болничните разходи и се търсят начини за тяхното овладяване. Започва усилено търсене на изход от ситуацията, който да позволи сдържане

нарастването на цените, без да се намали обемът и качеството на оказваните услуги. Екип от Йейлския университет предлага подхода на ДСГ за измерване и финансиране на болничните продукти. Всички случаи, преминали през болнично лечение, се групират в краен брой групи, които са близки по медицинска характеристика и потребностите им от лечение са сходни. Това означава, че те изискват и подобни ресурси. Този метод се прилага през годините и понастоящем е основен при договаряне и финансиране на болничната помощ. Първата широкомащабна база данни за създаване на ДСГ е формирана в края на 70-те години в щата Ню Джърси, като са обхванати 1 730 000 пациенти. През 1983 г. Конгресът на САЩ гласува добавка към Закона за социалното осигуряване, включваща национална проспективна болнична схема за заплащане лечението на всички пациенти в системата на "Медикеър". Одобрена е първата версия на ДСГ - 24 главни диагностични категории (ГДК) и 470 ДСГ.

Какво е необходимо за ДСГ

I. Данни за пациента:

Медико-статистическа информация - трансформиране на заболяванията и извършените дейности (процедури) в точно определени кодови единици, което позволява съхраняване, анализиране и групиране на данните. За тази цел се използва Международната класификация на болестите (МКБ), която се състои от определен брой категории, в които се вписва целият диапазон от болестни единици според установени критерии и правила.

Икономическа информация - лечението на болния е съвкупност от множество разнообразни дейности, свързани с пациента, извършени в структурните звена на болницата, за което се правят определени разходи. За целите на остойностяване на болничните продукти/ дейности и определяне на разходите по ДСГ е необходимо текущо счетоводно отчитане на всяко звено (разходен център*) относно неговите фактически разходи по видове, разпределени до ниво преминал болен, т.н. "стъпково разпределяне на разходите" ("step by step accounting").

**разходен център е най-малката структурна единица в една организация, която предоставя продукт/дейност.*

II. Оборудване на лечебните заведения за болнична помощ с хардуер и софтуерен продукт за отчитане на болничната дейност

Софтуерен продукт за отчитане (събиране) на болничната дейност - програмен продукт, състоящ се от минимум три модула ("регистрация", "кодиране" и "калкулация"), позволяващ кодиране на случай (преминал през стационар пациент), регистриране на разходите за всички видове звена и калкулирането им на ниво пациент. Визираният софтуер позволява съвместимост с изградена вече интегрирана болнична информационна система (ИБИС) чрез създаване на интерфейсна връзка между тях.

Хардуерно оборудване - необходимият минимум от работни станции е в зависимост от броя преминали пациенти през стационара на ЛЗБП.

Основни принципи на формиране на ДСГ

Според водещата (окончателна) диагноза пациентът попада в една от главните диагностични категории (ГДК). В зависимост от извършената водеща процедура (хирургична или терапевтична) груперът го класифицира в хирургична или терапевтична ДСГ. Върху това разпределение оказват влияние също: наличието на усложнения или придружаващи заболявания, възрастта на пациента, теглото при новороденото и състоянието при изписването. В зависимост от използваната версия на групера броят на ДСГ може да бъде от 470 до 1500. Прецизното и пълно кодиране определя попадането на пациентния запис* в една или друга ДСГ, и съответно гарантира възстановяването на изразходваните суми.

**електронен запис, съдържащ всички данни от епизода на лечение на конкретния пациент*

Опростената формула е:
Кодове = ДСГ = Парични средства

Усвояването на правилното кодиране изисква преминаване през специално обучение за придобиване на съответните умения.
Неправилното кодиране води до:

- Грешки при определяне на ДСГ;
- Болниците няма да получат адекватно заплащане;
- Изкривяване на статистическите данни по отношение на заболяванията в страната.

Системата на кейс-микс подхода и ДСГ измества фокуса на финансиране от входа към изхода на системата, което позволява планирането и разпределението на разходите да се обвърже с продукта на системата, респективно с търсенето. По този начин се постига преструктуриране на болничния сектор от екстензивна в интензивна система, следваща реалните потребности. Диагностично свързаните групи са една от най-добрите медико-статистически класификационни системи към момента в света, която дава възможност за най-справедливо реимбурсиране на болничната помощ.

В следващия брой на Информационния бюлетин на НЗОК ще представим: ***ВЪВЕЖДАНЕ НА КЕЙС-МИКС ПОДХОДА И СИСТЕМАТА НА ДСГ В БЪЛГАРИЯ***

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ

ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

Как се възстановява загубена здравноосигурителна книжка?

При загуба на здравноосигурителната книжка е небходимо здравноосигуреното лице и общопрактикуващият лекар съвместно да съставят протокол, удостоверяващ загубата или похабяването на този документ. Общопрактикуващият лекар попълва декларация със същото съдържание. В районната здравноосигурителна каса по местоживеене се заплаща стойността на новата здравноосигурителна книжка (0.60 лв.), като РЗОК издава документ за това. Общопрактикуващият лекар получава новата здравноосигурителна книжка от съответната РЗОК и я предоставя на здравноосигуреното лице.

Кога се издава направлението за раждане?

Първичният медицински документ "Направление за хоспитализация"(бл.МЗ-НЗОК №7) се изготвя съгласно изискванията и реквизитите, посочени в Приложение №4 на НРД 2005 и има срок на валидност 30 дни до прегледа в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение - изпълнител на болнична помощ (чл.209, т.3 от НРД 2005).

Възможно ли е личният лекар да откаже талон на бременна в 31 гестационна седмица поради ограничение на лимита? До кой месец трябва да се направят изследванията за Васерман, СПИН и Австралийски антиген на такива пациентки?

Личният лекар не може да откаже на пациентката необходимото направление. Профилактичните прегледи на бременните се извършват от специалист по акушерство и гинекология или от личния лекар - по желание на бременната. съгласно чл.5, ал.3 и Приложение №2 от Наредба №39 от 16 ноември 2004 г. на МЗ за профилактичните прегледи и диспансеризацията. Изследванията за Васерман, СПИН и Австралийски антиген се назначават от общопрактикуващия лекар или от специалиста при първото посещение на бременната.

НЗОК заплаща ли профилактичен преглед за заболяването "остеопороза"? Каква част от лекарствата на пациенти с тази диагноза при установено болестно състояние се покриват от касата?

На основание Наредба 39 за диспансеризацията заболяването "остеопороза с патологична фрактура" подлежи на диспансеризация от специалист ендокринолог. Пациентите с тази диагноза имат право на две консултации годишно със специалист ендокринолог и на едно изследване остеодензитрометрия с направление от специалист. За заболяването "остеопороза с патологична фрактура" НЗОК е утвърдила програма за лечение с лекарствения продукт Evista tabl. За диагнозата "остеопороза без патологична фрактура" също има включени

лекарства в Лекарствения списък на НЗОК за 2005 г., които се изписват от общопрактикуващия лекар след задължителна консултация със специалист по профила на заболяването.

Колко лекарствени продукта, отпускани безплатно от НЗОК, има право да получава инсулинозависим диабетик?

При предписване на лекарствени продукти по рубрика "захарен диабет", включваща Е10, Е10.3, Е10.4, Е10.5 и Е10.9, на здравноосигурените пациенти могат да бъдат предписвани общо до 3 лекарствени продукта (според Указанието за работа с Лекарствения списък на НЗОК 2005 РД-16-4/20.01.2005).

ЗА ДОГОВОРНИТЕ ПАРТНЬОРИ

МЕТОДИКА ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА МЕСЕЧНОТО ЗАПЛАЩАНЕ ЗА НАСЕЛЕНИ МЕСТА - ЦЕНТЪР НА ПРАКТИКИ С НЕБЛАГОПРИЯТНИ УСЛОВИЯ НА РАБОТА НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИ ЛЕКАРИ ПО НРД 2005

Чл. 1. Настоящата Методика е изготвена на основание чл. 137, т. 6 и определя обективни критерии за разпределение на средствата за неблагоприятни условия на работа на общопрактикуващи лекари по населени места - център на практики с неблагоприятни условия.

Чл. 2. (1) НЗОК, съвместно с БЛС, по реда на настоящата Методика определя Списък по чл. 137, ал. 6 от НРД 2005.

(2) Списъкът по ал. 1 съдържа наименования на населените места и месечния размер на сумите, заплащани от НЗОК.

Чл. 3. Общият месечен размер на средствата за заплащане на изпълнителите на ПИМП, определен по реда на тази Методика, не може да надвишава 230 000 лева.

Чл. 4. (1) Списъкът по чл. 1 се определя при отчитане на:

1. Отдалеченост на практиката от други лечебни заведения;
2. Трудна достъпност (високопланински условия, пресечена местност, лоши пътища);
3. Разпръснатост на практиката (амбулатория, обслужваща две или повече населени места);
4. Обслужван контингент;
5. Екологично замърсен район;
6. Брой нает медицински персонал;
7. Практики, в които повече от 30 на сто от ЗЗОЛ в пациентската листа са с прекъснати здравноосигурителни права, в населеното място не е разкрита друга практика и броят на ЗЗОЛ с права е недостатъчен за съществуване на практиката.

(2) Едно населено място - център на практика, се предлага за включване в списъка, ако отговаря на два или повече от посочените критерии. За всяко предлагано условие е отразена тежест с точки от 1 до 6, съгласно Приложение 1.

Чл. 5. За всяко населено място се определя сумарен брой точки (Т) от седемте условия по формулата $T = t1 + t2 + t3 + t4 + t5 + t6 + t7$.

Чл. 6. Директорът на НЗОК, съвместно с председателя на УС на БЛС, определя минимален брой точки за населено място, над които се заплаща по настоящата Методика.

Чл. 7. Стойността на една точка се определя от директора на НЗОК, съвместно с председателя на УС на БЛС, диференцирано по РЗОК след извършване на анализ и оценка на събраната информация от РЗОК и РК на БЛС, така че месечният размер на плащанията по тази Методика да не надвишава сумата по чл. 2.

Чл. 8. Заплащането на населено място - център на практика, се получава, като се умножи броят на точките по стойността за една точка.

Чл. 9. Списъкът с населените места - център на практика с неблагоприятни условия на работа и месечният размер на плащанията се утвърждават от директора на НЗОК , съвместно с председателя на УС на БЛС.

Чл.10. При необходимост Списъкът се променя при взаимно съгласие от двете страни.

Приложение 1 към чл. 4, ал. 2 :

За всяко предлагано условие е отразена тежест с точки от 1 до 4 (най-високата тежест).

№	Неблагоприятно условие за работа на ОПЛ	Брой точки - t	Критерии	Документ за доказване на условието в практиката
1.1	**Отдалеченост**	1	Амбулатория с район на обслужване, отдалечен на повече от 15 (петнадесет) км от друга практика за първична извънболнична медицинска помощ и център/ филиал за спешна медицинска помощ.	Пътна карта; Наредба №14/ 01.04.03г. за определяне на населените места в селски и планински райони
1.2	**Отдалеченост**	1	Амбулатория с район на обслужване, отдалечен на повече от 20 (двадесет) км от изпълнител на специализирана извънболнична медицинска помощ	Пътна карта; Наредба №14/ 01.04.03г. за определяне на населените места в селски и планински райони
1.3	**Отдалеченост**	1	Амбулатория с район на обслужване, отдалечен на повече от 30 (тридесет) км от изпълнител на болнична медицинска помощ.	Пътна карта; Наредба №14 /01.04.03г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.1	**Трудна достъпност**	1	III- и IV-класна пътна мрежа на населените места, обхванати от практиката	Пътна карта; Наредба №14 /01.04.03г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.2	**Трудна достъпност**	3	Пресечена местност с над 600 м надморска височина и наличие на IV- класна пътна мрежа	Пътна карта; Наредба №14/ 01.04.03г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.3	**Трудна достъпност**	4	Пресечена местност, разположена над 1000 м надморска височина и наличие на III- и IV-класна пътна мрежа	Пътна карта; Наредба №14/ 01.04.03г. за определяне на населените места в селски и планински райони
3.1	**Разпръснатост**	1	Практика, обслужваща **две населени места** и работен график с не по-малко от 2 часа дневно за амбулаторни и домашни прегледи във всяко едно населено място	Справка от регистъра на ЗЗОЛ за съответния ИМП/ Регистрация на ЛЗ от РЦЗ
3.2	**Разпръснатост**	2	Практика, обслужваща **три или четири населени места** и работен график с не по-малко от 2 часа дневно за амбулаторни и домашни прегледи във всяко едно населено място	Справка от регистъра на ЗЗОЛ за съответния ИМП/ Регистрация на ЛЗ от РЦЗ
3.3	**Разпръснатост**	4	Практика, обслужваща **повече от четири населени места** и работен график с не по-малко от 2 часа дневно за амбулаторни и домашни прегледи във всяко едно населено място	Справка от регистъра на ЗЗОЛ за съответния ИМП /Регистрация на ЛЗ от РЦЗ
4.2	**Обслужван контингент**	2	Практика, в която повече от 50% от регистрираното население живее при неблагоприятни битови условия	Съвместно решение на РЗОК и РК на БЛС и РИОКОЗ
4.3	**Обслужван контингент**	3	Практика, в която повече от 75% от регистрираното население живее при неблагоприятни битови условия	Съвместно решение на РЗОК и РК на БЛС и РИОКОЗ

№	Неблагоприятно условие за работа на ОПЛ	Брой точки - t	Критерии	Документ за доказване на условието в практиката
5.	**Екологично замърсен район**	**1**	Екологично замърсен район	Например: Амбулатория в екологично обременен район на обслужване, съгласно Приложение №2 на Постановление №50/ 10.03.1993г. на МС "Списък на екологично замърсените земеделски земи от промишлена дейност"; затруднена възможност за провеждане на промоция, превенция и профилактика на здравето
6.	**Брой нает медицински персонал**	**2**	Брой нает медицински персонал за обслужване на отдалечени населени места по точки **3.1, 3.2 и 3.3.**	Съгласно декларация по Приложение №11 от НРД 2005 за нает медицински персонал
7.	Практики, в които повече от 30 на сто от ЗЗОЛ в пациентската листа са с прекъснати здравноосигурителни права, в населеното място не е разкрита друга практика и броя на ЗЗОЛ с права е недостатъчен за съществуване на практиката.	**6**		

ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

Кой има право да изписва рецепти за лекарства по протокол - специалистът или общопрактикуващият лекар? Къде е формулирано изискването за добавяне от ендокринолог на допълнителна подточка към МКБ Е 10 в протоколите за получаване на инсулин?

Посочването на конкретните специалисти в колона "Ред за предписване и получаване на лекарства" на Лекарствения списък на НЗОК за лекарствени продукти, предписвани по протоколи IA, IB, IC означава, че протоколът се издава от посочения специалист, а рецептурните бланки по този протокол след заверяването му в РЗОК, могат да се издават както от специалиста, така и от общопрактикуващия лекар. Това изискване се отнася и за изписването на инсулин. В Наредба № 38/ДВ, бр.106 от 2004 г. за определяне списъка на заболяванията, за чието домашно лечение НЗОК заплаща лекарствата напълно или частично, под рубрика "захарен диабет" са включени следните МКБ: Е10.2 - диабет с бъбречни прояви, Е 10.3 - диабет с очни изменения, Е10.4 - диабет с неврологични изменения, Е 10.5 - диабет със съдови разстройства.

"Съвместните методични указания на НЗОК и БЛС по прилагане разпоредбите на глава единадесета от НРД 2005" РД-16-12/02.02.2005., където има подробни разяснения по поставения въпрос, са публикувани на интернет страницата на НЗОК в линкове "НРД 2005" и "Лекарствена политика".

Как трябва да се изписват лекарства, когато се налагат дози над дефинираната дневна доза /ДДД/ ?

Според "Указание за работа с Лекарствения списък на НЗОК"/ РД -16-4/20.01.2005/ DDD дозите са препоръчителни. По преценка на лекаря може да се изпише по-висока доза от препоръчителната. Само дози, превишаващи тези в колона "Ред за предписване на лекарствени продукти" от Лекарствения списък на НЗОК 2005 се изписват на обикновена рецептурна бланка и се заплащат от пациента.

Всеки медикамент на режим "протокол" се изписва на отделна рецептурна бланка обр. НЗОК.

Има ли право общопрактикуващият лекар да изписва лекарства, изцяло или частично платени от НЗОК, когато те са предписани от лекар специалист, неработещ с НЗОК?

Терапията с лекарства, назначена от специалист, който не работи по договор с Националната здравноосигурителна каса, се отразява в бланка "Медицинско направление" - бл.МЗ 119, на генеричен принцип. Тя се предава на общопрактикуващия лекар чрез здравноосигуреното лице. В този случай специалистът няма право да предписва лекарствени продукти на рецептурната бланка(бл.МЗ-НЗОК №5). Общопрактикуващият лекар може да се съобрази с консултацията на специалиста и да изпише назначената от него терапия чрез НЗОК.

Може ли общопрактикуващият лекар да изписва лекарства по рецептурна книжка за домашно лечение на хоспитализиран пациент?

За периода на хоспитализация на здравноосигурено лице НЗОК не заплаща терапия в случаите при:

- основно заболяване, за което е хоспитализирано лицето;
- новооткрито заболяване по време на стационарното лечение;
- промяна на терапията, назначена от лекар в извънболничната помощ и заплащана от НЗОК за придружаващи хронични заболявания.

Извън тези хипотези лекарят/стоматологът от извънболничната помощ може да предписва лекарства за хронични заболявания без извършване на преглед, като в амбулаторния лист в поле "анамнеза" се отбелязва, че предписанието се извършва на хоспитализирано здравноосигурено лице. След изписване от лечебното заведение, оказващо болнична помощ, пациентът представя копие от епикризата на лекаря/стоматолога, издал рецептата.

В случаите, когато друг лекар/стоматолог замества титуляра на практиката, чие име, ЕГН и УИН се попълва в рецептите за лекарства, частично или изцяло заплатени от НЗОК - на титуляра или на заместващия? Какъв е механизмът за попълване на документите, ако заместващият лекар няма договор с РЗОК, а е нает в практиката на титуляра?

Според чл.42, ал.3 от НРД 2005 в случаите на заместване на един лекар/стоматолог от друг, заместникът, издал рецептурната бланка, записва личните си данни, полага подпис и поставя личен печат, като попълва кода на практиката на титуляра. Не е необходимо на рецептурната бланка да има място за попълване на УИН кода на заместващия. Той записва личните си данни, независимо дали е сключил договор с РЗОК. Като нает в практиката на титуляра, трябва да има сключен трудов договор с него.

Има ли право общопрактикуващият лекар да изпише лекарството Topamax? Трябва ли да поправи МКБ в протокола?

Според НРД 2005 Указанието за работа с Лекарствения списък на НЗОК 2005 и Съвместните методични указания на Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз по прилагане разпоредбите на глава XI-та от НРД 2005 общопрактикуващият лекар изписва лекарството Topamax на рецепта, в която отбелязва само новия код на заболяването. В протокола се добавя новият код на заболяването “епилепсия”, същото се прави и в рецептурната книжка. След това лекарят се подписва и поставя печат. След изтичане на крайната дата, до която е валиден протоколът, на пациента се издава нов. Старият протокол не трябва да се презаверява в РЗОК, той има номер от касата.

Може ли в рецептурна бланка на НЗОК медикаментите да се изписват с указание за генерично заместване? Защо означените с триъгълник или "чавка" лекарства трябва да са написани на отделна бланка?

На основание чл.43 ал.3 от НРД 2005 терапията с лекарствени продукти от Лекарствения списък на НЗОК, назначена от специалист, който не работи по договор с НЗОК, се отразява в бланка "Медицинско направление"-бл.МЗ 119 на генеричен принцип. Тя се предава на общопрактикуващия лекар чрез здравноосигуреното лице.

Лекарят/стоматологът, сключил договорни отношения с Националната здравноосигурителна каса, може да изпише на нейна рецептурна бланка медикаменти на генеричен принцип. В този случай не се попълва код на лекарствения продукт, а в полето на рецептата се изписва международното непатентно наименование или видът на медицинското изделие от списъка на НЗОК, формата и количеството на лекарствения продукт, еднократната доза на прием, схемата на приемане и продължителността на лечението.

Означените в Лекарствения списък на НЗОК лекарствени продукти се изписват на отделни рецептурни бланки, за да се контролира изпълнението им в аптеката.

Има ли право общопрактикуващ лекар със специалност "детски болести" да консултира със специалист педиатър деца до 6-годишна възраст с остри заболявания? Извън регулативните стандарти ли са издадените направления?

Личният лекар определя необходимостта от специализирана извънболнична помощ при заболявания и проблеми, изискващи специализирани диагностични дейности на записаните в регистъра му здравноосигурени лица, като издава медицинско направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение (чл. 119, ал. 1 от НРД 2005). Извън регулативните стандарти изпълнителите на медицинска помощ издават без ограничение направление за консултация или за съвместно лечение със специалист педиатър от лечебно заведение за специализирана медицинска помощ за деца от 0 до 6-годишна възраст при остро заболяване (чл. 166, ал. 4, т. 1).

Може ли общопрактикуващият лекар да назначи медико-диагностично изследване на кръвна захар от отпуснатите му регулативни стандарти, с което да замени изискването за измерване на кръвна захар с глюкомер при диспансерния преглед на здравноосигурено лице с МКБ Е11 или Е10?

Пациентите с неинсулинозависим захарен диабет (Е11) се наблюдават от общопрактикуващ лекар, който извършва изследване на кръвна захар с глюкомер до 2 пъти годишно. В зависимост от състоянието на здравноосигуреното лице общопрактикуващият лекар преценява дали да издаде направление за извършване на медико-диагностична дейност.

Може ли да се диспансеризират от общопрактикуващ лекар, и съответно да се заплатят, две и повече заболявания, едновременно наблюдавани при един пациент, например есенциална хипертония /I10/,НИЗЗД/Е11/ и анемия след кръвозагуба /D50.0/? Остава ли в диспансерната листа на общопрактикуващия лекар здравноосигурено лице, което не е диспансеризирано от специалист? Ако пациент на общопрактикуващ лекар с есенциална хипертонична болест се новодиагностицира ИБС/I20/, но кардиологът не го диспансеризира, трябва ли този пациент да се отпише от диспансерната листа на общопрактикуващия лекар?

Заплащането по чл. 137, т. 4 за диспансерно наблюдение извън случаите по чл. 137, т. 3 (съобразно изискванията на Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК), за всяко здравноосигурено лице, диспансеризирано при изпълнителя на първична извънболнична медицинска помощ за едно или повече заболявания, е 1,25 лв. (чл. 141, ал. 1 НРД 2005). Посочените заболявания се диспансеризират от общопрактикуващия лекар съгласно Приложение № 8 от НРД 2005. Заболяването с МКВ код I20 (стенокардия) се диспансеризира само от специалист кардиолог (Приложение № 9 от НРД 2005). Пациенти с инсулинозависим захарен диабет (Е10) се диспансеризират от специалист ендокринолог.

Има ли право на 2 диспансерни прегледа годишно при специалист нефролог пациент с ексацербирал пиелонефрит? "Административен" (който не се заплаща от касата) ли ще бъде този преглед, или пациентът трябва да представи на специалиста направление за остро заболяване? След като никъде в амбулаторния лист няма графа "административен", защо е премахната възможността на нефролога да дава консултации за антихипертензивната терапия на пациентите си?

Приложение №9 на НРД 2005 е в съответствие с Приложение №9 на Наредба №40 на МЗ. Диспансерното наблюдение на хроничния тубулоинтерстициален нефрит с МКБ код №11 е с периодичност 2 пъти годишно. Диспансерните прегледи имат за цел да проследяват състоянието на пациента с оглед хроничната патология. При остри състояния или заболявания пациентът трябва да се обърне към своя личен лекар за преглед и лечение. Ако личният лекар прецени, може да издаде направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение със специалист.

Пациентите с есенциална хипертония с МКБ 110 и хипертонична болест на сърцето с МКБ I11 се диспансеризират от общопрактикуващия лекар, като 1 път годишно се консултират с кардиолог, а при необходимост - и със специалист по очни болести.

Заболяванията “хипертоничен бъбрек” с МКБ I12 и съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек с МКБ I13 се диспансеризират от специалист кардиолог, а пациентите задължително се консултират 1 път годишно с нефролог.

Как се отчитат от специалиста талоните за бременни с остро заболяване (например остър гастрит , бъбречна колика, бактериална вагиноза)? Извън лимита за консултации на общопрактикуващия лекар ли са тези талони? Към кого трябва да се обърнат бременните, наблюдавани от специалист при възникване на остра вирусна инфекция - към общопрактикуващия лекар или към наблюдаващия ги специалист по акушерство и гинекология?

Извън регулативните стандарти на общопрактикуващия лекар са направлението за консултация със специалист по акушерство и гинекология и включените прегледи и изследвания по програма "Майчино здравеопазване". Консултациите и изследванията по повод на остро заболяване, несвързано с бременността, са за сметка на регулативните стандарти. При възникване на остра вирусна инфекция бременните, наблюдавани от специалист, могат да се обърнат към своя общопрактикуващ лекар. Ако има съмнение за засягане на плода от вирусната инфекция, бременната трябва да се консултира с акушер-гинеколог, инфекционист и др. специалисти.

По колко направления трябва да даде общопрактикуващият лекар през 2005 г. на пациентите си, болни от инсулинозависим диабет, паркинсонизъм и епилепсия, за да бъдат те наблюдавани и лекувани от специалист?

Тези диагнози подлежат на диспансерно наблюдение. С едно направление общопрактикуващият лекар насочва пациентите към специалист, който ги диспансеризира и следи здравословното им състояние съгласно Наредбата за диспансеризация. Специалистите, които ще изписват лекарствата на тези пациенти, не трябва да изискват от общопрактикуващия лекар да издава всеки месец нови направления за болестта, за която здравноосигурените лица са диспансеризирани.

Има ли право лекар със специалност "вътрешни болести", който в момента работи като общопрактикуващ, да договаря дейности от пакета на специалист по вътрешни болести, включително ехографски изследвания, при условие, че притежава необходимото оборудване и квалификация?

Общопрактикуващият лекар, работещ по договор за оказване на първична извънболнична медицинска помощ с НЗОК, може да извършва само дейностите от основния пакет първична извънболнична медицинска помощ съгласно Наредба № 40 от 2004 г. Дейностите от основния пакет първична извънболнична медицинска помощ не включват ехографски изследвания.

Може ли диагностично-консултативен център - собственост на болнично лечебно заведение, да наеме легла от своя принципал, за да сключи договор за клинични пътеки и високоспециализирани дейности?

За да може диагностично-консултативният център да извършва високоспециализирани дейности по Приложение №4 към член единствен на Наредба № 40 от 2004 г., е необходимо да разполага с легла за краткосрочно наблюдение и лечение. Това обстоятелство трябва да бъде отразено в регистрацията на лечебното заведение в Районния център по здравеопазване или в Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на центъра.

Може ли лекар със специалности - хирургия и съдова хирургия, регистриран в РЦЗИ по двете специалности и с регистрация като "ЕТ ИПСМП по хирургия и съдова хирургия" да сключи договор с РЗОК едновременно по двете специалности и да работи с направления бл.№3 от общопрактикуващ лекар, които да отчита в РЗОК?

Съгласно "Съвместни методични указания на НЗОК и БЛС по прилагане на НРД 2005" (РД - 16-11/02.02.05), когато лекар, работещ в лечебно заведение - ДКЦ, МЦ и МСЦ има придобити повече от една специалност, същият може да оказва медицинска помощ по тези специалности в изпълнение на договора на лечебното заведение с НЗОК.

Лекарите от СИМП, работещи в изпълнение на договор с НЗОК по повече от една специалност, не могат да насочват пациенти с бланка МЗ-НЗОК №3 към себе си.

Може ли лекар от специализирана извънболнична помощ, който желае да сключи договор с НЗОК, но не разполага с пълно медицинско оборудване, да ползва помещения и медицинска техника за образна диагностика под наем от болнично заведение?

Според чл.93 на НРД 2005 на лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ се разрешава да ползват общи помещения и медицинска техника за образна диагностика и да извършват високоспециализирани дейности, ако тези помещения и апаратура са в същата или в съседна сграда. Не е уточнено чия собственост са те (на болница, на друг СИМП и т.н.). Не може да се сключва договор за дейност, а само за наемане на апаратура и помещение.

Може ли общопрактикуващият лекар да издаде направление за медико-диагностична дейност при инцидентно посещение на здравноосигурен пациент от друг район?

Да, може. В НРД 2005 няма забранителна дейност за издаване на направление за медико-диагностична дейност при инцидентно посещение на здравноосигурен пациент от друг район.

ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В ГЛОБАЛНИЯ СВЯТ

ПРЕГЛЕД НА СИСТЕМИТЕ ЗА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В НЯКОИ ЕВРОПЕЙСКИ ДЪРЖАВИ

Националната здравноосигурителна каса е българската компетентна институция, която ще възстановява на чуждестранните здравноосигурителни институции разходите за оказана медицинска помощ за здравно осигурени български граждани, пребиваващи на територията на ЕС.

Предлагаме на вашето внимание кратък преглед на системите за здравно осигуряване в някои от държавите, с които Република България ще има сключени двустранни спогодби за социално осигуряване (със задължителното здравно осигуряване).

АВСТРИЯ

Австрийската система за социално осигуряване се базира върху принципа на всеобщо задължително осигуряване, което обхваща 99% от населението. Осигуровката е за болест и майчинство, злополука, пенсионно осигуряване и срещу безработица.

Системата за здравно осигуряване в Австрия до голяма степен е децентрализирана. Конституцията предвижда разпределяне на отговорностите между федералните служби, провинциите и общините.

Федералното министерство за здравеопазването и жените осъществява надзор върху здравноосигурителната система и контролира социалноосигурителните организации.

Генералният съюз на австрийските осигурители управлява всички регионални и браншови осигурителни институции. Това е влиятелна институция, която определя размера на сумите, възстановявани при покупка на предписани лекарства; очертава приоритетите в предоставянето на здравни услуги; сключва договори с изпълнителите на медицинска помощ и координира дейността на отделните осигурителни организации.

Пакетът здравни услуги в общественото здравно осигуряване обхваща: медицинско обслужване от общопрактикуващи лекари и специалисти, стоматологична помощ, болнична помощ, обезщетения при болест и профилактични прегледи и програми. Близо 99% от населението се осигурява в някоя от 24-те здравноосигурителни каси. Изборът на каса се определя от трудовото правоотношение на осигурения, както и от регионалните и историческите особености на населеното място. Касите са самоуправляващи се институции и имат малки разлики в предлаганите пакети здравни услуги. Те набират приходите си главно от вноски (90%). Около 40% от населението плаща допълнителни вноски за доброволно здравно осигуряване.

Финансирането става чрез вноски на членуващите в здравноосигурителните каси (59%), данъци (24%) и частно осигуряване (7,5%). Делът на допълнителното пряко заплащане (co-payment) за здравни услуги е 14%. Вноските се плащат поравно от работодатели и служители и варират между 6 и 8,5% в различните каси.

От 1995 г. насам се прилага възстановяване на разходите за болнично лечение на принципа на Диагностично свързани групи. Общопрактикуващите лекари работят по системата на заплащане за услуга. Изплащането на хонорарите им става в рамките на общи договори, сключвани между Генералния съюз на австрийските осигурители, съответната осигурителна институция и регионалния лекарски съюз. Въз основа на общите договори се сключва конкретен договор между лекаря и съответната каса. Редът за заплащане на стоматологични услуги се определя на федерално ниво. Възстановяването на разходи за закупени лекарства се извършва по позитивен списък, изготвян от министерството.

Повечето общопрактикуващи лекари са в договорни отношения с една или повече здравноосигурителни каси. Пациентът има право на свободен избор на лекар. Посещението при специалист по принцип се прави с направление от общопрактикуващ лекар.

Около половината от болниците се управляват от центровете по здравеопазване, а над 60% от частните болнични заведения имат договори с обществеоосигурителни каси. След 1997 г. федералното правителство, заедно с провинциите, приема рамков инвестиционен план за болниците. Те се финансират главно от провинциите (54%) и общините (16%), а делът на осигурителните каси е 8%.

С цел повишаване на ролята на първичната здравна помощ за сметка на специализираната, се поставя изискване за интегриране на здравните и социални регионални структури.

БЕЛГИЯ

Системата на здравното осигуряване в Белгия се гради върху задължително осигуряване на цялото население срещу малки и големи рискове. Наред с държавния фонд съществуват още пет взаимоосигурителни фонда с идеална цел, свързани с организации на религиозна или политическа основа.

Медицинското обслужване в страната се ползва с широка автономия, а здравните услуги се заплащат предимно директно. Пациентът свободно избира лекар - както общопрактикуващ, така и специалист, и има свободен достъп до болнични заведения. Това е една от причините за високата степен на одобрение, която белгийското

население изказва по адрес на здравно-осигурителната система, в сравнение с други страни от ЕС.

Проблемите на системата са главно: как да бъде задържано нивото на разходите и да се намират източници на постъпления в обществения здравноосигурителен сектор, които да покриват тези разходи. Системата е достигнала до свръхпредлагане на здравни услуги. Освен това управлението на системата се затруднява и от факта, че тя е една от най-сложно организираните в Европа.

Основните показатели за здравословното състояние на населението в Белгия надхвърлят средните за ЕС по критерия "средна продължителност на живота" и са под тях по отношение на смъртността.

Ролята на държавата се проявява при регулирането и отчасти - финансирането на здравното осигуряване, като изпълнителите на медицинска помощ разполагат с широка самостоятелност. Въпреки това от 80-те години на XX век чрез провеждане на мерки за запазване на нивото на разходите се набелязва тенденция към централизиране. Правителството определя вноските за здравноосигурителните каси и минималния пакет здравни услуги. Задачите, свързани със социалното осигуряване, се изпълняват от Министерството на социалното осигуряване. Министерството на общественото здравеопазване и семейството има право да реорганизира болнични заведения.

Задължителното здравно осигуряване покрива две групи рискове - т. нар. малки и големи рискове. Като малки рискове се определят извънболничната помощ, закупуването на лекарства и стоматологичната помощ. Големи рискове са болничното лечение и техническото осигуряване. Работещите, пенсионерите и инвалидите (общо 88% от населението) са осигурени и срещу двете групи рискове, а останалите 12% (самоосигуряващи се и членове на техните семейства) - само срещу големи рискове. Те могат да се осигуряват и срещу малки рискове, но в рамките на отделна програма за допълнително осигуряване, която се контролира пряко от правителството.

Системата на задължителното здравно осигуряване в страната се състои от пет взаимоосигурителни фонда с идеална цел и от държавния Фонд за социално осигуряване. Управлението на национално ниво се осъществява от фондовете, като два от тях имат най-голям дял в това: Националното обединение на християнските здравноосигурителни каси с 45% от всички осигурени и Националният съюз на социалистическите здравноосигурителни каси - с 27%. Петте взаимоосигурителни фонда са свързани с религиозни, политически или други организации на идеологическа основа. Всеки гражданин има право на свободен избор на здравноосигурителен фонд. Минималният пакет здравни услуги и здравноосигурителните вноски се фиксират чрез министерски разпоредби, така че елементът на конкуренция се проявява в допълнителното доброволно здравно осигуряване. Разпределянето на средствата се извършва от Националния институт за осигуряване при инвалидност и болест, който включва представители на изпълнителите на медицинска помощ, работодателите, взаимоосигурителните дружества и правителството.

В Белгия вноските за здравно осигуряване до 1995 г. са възлизали на 3.8% от брутния доход, плащани от работодателя, и 3.5%, плащани от осигуреното лице, а за частниците процентът е 3.2%. След 1995 г. е въведена обща вноска за социално осигуряване, която включва здравно и пенсионно осигуряване и застраховка срещу безработица. Тя съставлява 13% от брутния доход. Пазарът на частни доброволни здравни осигуровки е стеснен поради факта, че основните рискове се поемат от задължителното осигуряване.

Финансирането на здравеопазването в страната се извършва чрез осигурителни вноски (36%), постъпления от данъци (38%) и пряко заплащане (17%). Останалите 9% идват от допълнително доброволно осигуряване и акцизи. През 1994 г. е приет закон, според който се определя бюджет за здравно осигуряване и се контролира нивото на печалбите и загубите в сектора.

Болничното обслужване се финансира директно от здравноосигурителните каси въз основа на бюджетен проект, който се изработва с оглед на легловия капацитет, дейностите от предходната година и специфичните болнични характеристики. Здравните услуги в болничната помощ се заплащат като комбинация от фиксирани дневни разходи и заплащане за услуга. По-

голямата част от разходите се поема от държавата. Допълнителното заплащане за болнични грижи се извършва стъпаловидно - според продължителността на престоя. Съществуват над 380 болници с около 80 000 легла (39% в държавния сектор и 61% - в частния). Около 35 000 лекари обслужват население от 10 милиона души.

Извънболничното здравно обслужване се осъществява главно от общопрактикуващи лекари. Заплащането е на принципа "заплащане за услуга" - лекарите получават хонорар директно от пациента (здравноосигурителната каса възстановява около 75% от сумата, а останалите 25% се поемат от самия него). Размерът на лекарските хонорари се договаря между лекарите и касите и всяка втора година се приема специална тарифа, която се утвърждава от Министерството на социалното осигуряване. Спазването на тарифите за лекарските хонорари се контролира от комитет, съставен от представители на осигурителните организации и изпълнителите на медицинска помощ.

Разходите за закупуване на лекарствени средства се възстановяват на пациента по позитивен списък с фиксирани цени. Самият той поема средно 29% от цените на лекарствата.

Стоматологичните услуги се заплащат пряко от пациента и след това му се възстановяват от съответната здравноосигурителна каса в размер около 75%.

Личното участие на пациента в заплащането на здравните услуги в Белгия е уредено с множество разнородни разпоредби. Като цяло то е едно от най-високите в ЕС.

Делът на частния сектор в болничното обслужване е голям - около 60%. Има малък брой специализирани частни клиники. Около 5% от болниците са собственост на здравноосигурителните фондове. Останалите болници са държавни. Наблюдава се тенденция към сливане на болници.

Въвеждането на твърд бюджет за изразходване на постъпленията от осигуровки позволява на здравноосигурителните каси да отчитат печалби и загуби, което е стимул за подобряване на дейността им. Планирането на бюджета на осигурителните организации е твърде усложнено и определянето на общ бюджет от 1995 г. насам е израз на тенденцията за постепенно централизиране на тази дейност.

ЛЮКСЕМБУРГ

По-голямата част от населението на Люксембург се осигурява въз основа на задължителното здравно осигуряване, което е разделено на 9 фонда "Заболяване".

Най-важната разлика в предоставянето на здравна помощ в страната, в сравнение с другите страни от ЕС е, че всички лекарски услуги се предоставят от независими практикуващи лекари.

Показателите за здравния статус са малко под средните за ЕС.

Фондовете "Заболяване" са под контрола на Министерството на труда и социалното осигуряване, администрирани от избрани представители на лекарите и членовете на тези фондове. Те са организирани в централен надзорен и управляващ орган, който е отговорен за счетоводството и администрирането на плащанията на лекарите. Размерът на плащанията е обект на договаряне между фондовете "Заболяване" и независимите лекари. Централен орган от президентите и вицепрезидентите на всички фондове определя техния общ бюджет.

Предоставянето на здравни услуги в страната е под пряката отговорност на Министерството на здравеопазването. Асоциацията на болниците играе ролята на съветник на Министерството по проблемите, свързани с планирането и организацията на болниците.

Задължителното здравно осигуряване покрива по-голяма част от населението, а някои професионални групи се осигуряват в специални трудови фондове. Пакетът за здравно осигуряване е еднакъв и определен от управата на Централния надзорен орган.

Обхватът на допълнителното осигуряване във взаимните фондове е ограничен и покрива разходите само за специални условия в болничната и стоматологичната помощ.

Финансирането идва главно от вноски в социалните фондове "Заболяване", които се разпределят по равно (50:50) между работодател и служител, и представляват общо около 5% от брутния доход.

Заплащането, изплатено от пациентите, обикновено са реимбурсира от фондовете, но също така е възможно лекарите да получават заплащането си директно от тези фондове.

Заплащането на болниците (обществени и частни) се извършва от бюджета на фондовете.

Бюджетите на болниците не включват заплащането на лекарите, които работят по метода "такса за услуга", с изключение на една болница.

В амбулаторната помощ се заплаща за извършени услуги. Размерите на заплащанията се договарят между представители на лекарите и на фондовете "Заболяване", и са задължителни и за двете страни.

Заплащането на стоматолозите също се извършва на принципа заплащане за услуга, като таксите се договарят между представители на стоматолозите и на фондовете.

Съвместните плащания за лекарствата възлиза на около 8% от цената им. Има негативна листа за малка част от медикаментите, а позитивна листа няма.

Предоставянето на здравна помощ е сбор от частно и обществено обслужване. Болничното планиране се извършва в съответствие с географския план. Пациентите имат право на свободен избор на болница. Има излишък от болнични легла за неотложна помощ, но в същото време има недостиг на болници за подългосрочно лечение.

Средният престой в болница за неотложна помощ е намален на 9.8 дни, но все още е втори по продължителност в ЕС.

Люксембург не разполага с висши медицински университети и лекарите завършват образованието си в чужбина.

Лекарите предоставят медицински услуги в рамките на социалната осигурителна система. Броят на практикуващите лекари е под средния за ЕС, като повечето са специалисти.

Последната значителна здравна реформа в Люксембург от 1992 г. доведе главно до реорганизация на фондовете "Заболяване". Причините за това са трудностите в областта на финансирането на здравеопазването, увеличаващият се дефицит в социалноосигурителните фондове, както и намаляването на държавните субсидии до максимум 40% от общия разход за здравеопазването. Превишаването на този максимум води до търсене на допълнителни източници за финансиране.

Министерството на здравеопазването е започнало кампания за подобряване на услугите при домашни посещения на възрастни, с цел намаляване на приемите в болница.

ПОЛША

Новата здравноосигурителна система в страната, въведена на 1 януари 1999 г., цели да осигури финансова стабилност и прозрачност в здравеопазването чрез задължително заплащане на здравноосигурителни вноски (7.5%). Отговорността за определянето на здравните приоритети, оценката на здравните индикатори и предпазването от епидемии се поема от Министерството на здравеопазването.

В Полша съществуват 16 регионални здравни каси, една браншова за земеделските производители и една ведомствена, осигуряваща служителите на Министерствата на отбраната, правосъдието, вътрешните работи и железниците. Касите са институции с идеална цел, финансирани директно чрез държавни субсидии и вноски, събирани от Офиса за социално осигуряване и от Офиса за социално осигуряване на фермерите. От януари 2000 г., пациентите могат да избират касата си (дори и извън своя регион), което допринася за конкуренцията между различните каси. Всяка каса сключва договори с частни и държавни доставчици на медицинска помощ, което утвърждава принципа на конкуренцията.

Регионалните каси се управляват от Надзорен борд, но цялостният контрол на финансовото състояние на каси се извършва от Здравноосигурителния надзорен офис. Здравноосигурителните вноски покриват пакет от основни и специализирани грижи в болници и клиники, както и лекарства и консумативи. Въвежда се система на съвместно заплащане (co-payment) за диагностика, стоматологични услуги, и ортопедични приспособления. Целта на съвместното заплащане е да се ограничат ненужните разходи.

Създаден е Уравнителен фонд, който компенсира неравенството в доходите и здравните рискове между различните здравноосигурителни каси. Този Фонд разполага с 40% от здравноосигурителните вноски.

В следващите броеве на Бюлетина ще ви запознаем с особеностите на здравното осигуряване и в останалите европейски държави.