В БРОЯ

„За теб и тези, които обичаш”.....2

Събитията
НЗОК и съсловните организации подписаха договор за 2010 година.....3
Извънреден събор на Лекарския съюз даде мандат за подписване на новия рамков договор.....4
За първи път след 2006 година има нов рамков договор.....4
Директорът на НЗОК ще се избира от Парламента за пет години.....5
Увеличават се глобите за неизплатени здравни осигуровки.....5
Фармацевтите вече официално са договорни партньори на Касата.....6
Обновен е съставът на УС на НЗОК.....6
Заместник-министър на финансите оглави УС на НЗОК.....6
Правителството определи съставите на две комисии по закона за лекарствените продукти....6
Променен е съставът на Комисията по позитивния лекарствен списък.....7
Приет е устройственият правилник на Изпълнителната агенция "Медицински инспекторат".....7
54 медицински стандарта ще бъдат готови до края на годината.....7
Меморандум скрепи общата воля за реформи в здравеопазването.....8
Изпълнителна агенция по финансови анализи и прогнози ще остойностява клиничните пътеки.....8
Преструктурирането на болничната помощ ще включва еврофондовете….....8
Университетските болници подкрепят реформите в здравеопазването.....9
Здравната каса разреши да се сключват временни договори по клинични пътеки за грип.....9
Срокът за перегистриране на аптеки в малки населени места беше удължен до 31 декември.....10
Няма промяна в нивото на заплащане от Здравната каса на инсулиновите продукти.....10
Пациентска конфедерация пледира за подобряване на достъпа до медикаментозно лечение...10
Заместник-директор на НЗОК подкрепи коледни благотворителни прояви в полза на деца в риск.....11

Финансите
Приходите на НЗОК за 2010 година ще бъдат 2 519 211 000 лева.....12
УС прие отчета за изпълнение на бюджета на НЗОК за месец октомври и към 31 октомври 2009 година.....12

Гласът на НЗОК
«От средата на 2010 година ефектът от здравната реформа ще бъде усетен» - интервю на председателя на УК на НЗОК - Владислав Горанов, пред "Здравей, България".....13
Владислав Горанов: «Бюджетът е консервативен дотолкова, доколкото не залага на нереални илюзии», БНР, Програма "Хоризонт".....18

България в Европа
Променен е редът за издаване на европейските формуляри Е 104.....20
НЗОК връчи сертификати на стажанти от Франция.....21
Новият еврокомисар по здравеопазването е Джон Дали.....21
Според европейска анкета българите се самооценяват като здрави, но често се лекуват в болница.....21
Девет държави блокираха правото на избор на лечение в Европейския съюз.....23
Европейската комисия взема мерки срещу търговията с фалшиви лекарства.....23

Районните здравноосигурителни каси
Варна, Враца, Монтана, Сливен, Ямбол.....24

За договорните партньори
Въпроси и отговори.....38

Права и задължения на здравноосигурените
Въпроси и отговори.....41

Издателски екип: сектор “Информационен център и издания”, самостоятелен отдел “Информация и връзки с обществеността”
Отговорен редактор: Любимка Кузева
Печат: “Сити вижън” ООД
Броят е приключен редакционно на 21 декември 2009 година
Препечатването на информация от Информационния бюлетин става с изричното съгласие на НЗОК и цитиране на източника.

ЗА ТЕБ И ТЕЗИ, КОИТО ОБИЧАШ

Уважаеми дами,

Особено ми е приятно в навечерието на най-светлия християнски празник Рождество Христово всички ние, които работим в Централното управление на НЗОК, да се включим в Националната кампания срещу рака на маточната шийка. Като лекар, жена и майка искрено споделям нейното мото „За теб и тези, които обичаш", защото именно в дните на светлото Христово Рождество най-често мислим за хората, които са най-скъпи на сърцето ни, като им желаем здраве и благополучие. А нали по Коледа стават чудеса! Също като чудото, станало в святата нощ, когато във Витлеем се е родил Христос. Тогава палмата, маслината и елхата поискали да го видят и да му поднесат своите дарове. Палмата му дарила най-хубавия си лист, маслината – най-благоуханното си масло. Елхата се отдръпнала смутена, защото имала само остри игли и миришела на смола. В този миг един ангел свалил от небето няколко звезди и я окичил с тях. Младенецът отворил очи и гледал само красивата елха. Тя не се възгордяла, а огряла със светлината си всички. От този момент на нея било отредено да краси празника на Рождество Христово и всеки да отправя възхитен поглед към нея.

Нека днес всяка от нас да си вземе по едно цвете (символ на кампанията) от прекрасната елха във фоайето на НЗОК, дар от „Конфедерация за защита на здравето". То ще се превърне в символ на надеждата ни, че през идващите дни все по-малко българки ще бъдат застигнати от страшната болест. Сигурна съм, че точно сега всички ще се замислим за коварната, но предотвратима с ваксинация и профилактичен преглед болест и ще осъзнаем, че отговорността към здравето и живота трябва да е постоянна грижа, а не еднократен жест на съпричастност.

Нека светлината на нашата Коледна елха да достигне до всеки дом, до всяко семейство и да възвести най-светлия и дългоочакван празник - Рождество Христово!

Д-р Албена Златарева
Заместник-директор на НЗОК

Уважаеми читатели,

Екипът на „Информационен бюлетин на НЗОК" публикува обръщението на заместник-директора на НЗОК – д-р Албена Златарева, към българските жени по повод предстоящите празници на Рождеството и на Нова година, и като израз на съпричастие с Националната кампания „За теб и тези, които обичаш".

НЗОК се включи в Националната кампания за борба на рака на маточната шийка - част от европейската инициатива.

В България тя е организирана с участието на пациентски организации и се провежда с медийната подкрепа на Нова телевизия.

СЪБИТИЯТА

НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА И СЪСЛОВНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОДПИСАХА ДОГОВОР ЗА 2010 ГОДИНА

На 21 декември 2009 г. управителните съвети на Националната здравноосигурителна каса, Българския лекарски съюз и Българския зъболекарски съюз подписаха Национален рамков договор за 2010 година.

Документът беше преподписан от министъра на здравеопазването д-р Божидар Нанев. Нов рамков договор се сключва за първи път от три години насам, последният НРД беше от 2006 година.

Осигуряването на качествена болнична помощ и поставянето на акцент върху детското здравеопазване са сред основните приоритети в НРД 2010.

През следващата година всяко дете до 18-годишна възраст ще има право на неограничен достъп до педиатър. За тази цел в бюджета на НЗОК са заложени допълнително 4 млн. лв. Така реално средствата, осигурени за извънболнична специализирана помощ през следващата година, стават 158 млн. лв., или с 3.2 млн. лв. повече, отколкото през 2009-та. По този начин се осигуряват и повече направления за прегледи в сравнение с миналата година.

Децата са приоритет в осигуряването на медицинска помощ и при първичната извънболнична помощ (ПИМП). През следващата година се увеличава цената, която личните лекари ще получават за извършени профилактични прегледи на лицата на възраст до 18 години - от 5.30 на 7.70 лв. Целта е да се засили вниманието на общопрактикуващите лекари върху здравето на децата.

Промени в размера на потребителските такси за пациентите не се предвиждат. За посещение при общопрактикуващ лекар хората ще заплащат по 2.40 лв., или 1% от минималната работна заплата (МРЗ) за страната. Бюджетът за ПИМП през следващата година възлиза на 157 млн. лв.

Детското здраве е приоритет и при денталната помощ. Зъболекарите специалисти ще получават с 10% повече за услугите, които предоставят в домовете за деца. Няма да има редукция и на пакета с безплатни услуги за младежите на възраст до 18 години. За дентални дейности през следващата година са предвидени 91 млн. лв.

Основната част от промените в работата на Здравната каса за 2010 г.одина са в болничната помощ.

Целта е да се осигури по-качествена помощ за пациентите и по-ефективно изразходване на средствата в тази сфера. Затова през следващата година всяка болница, която иска да сключи договор със Здравната каса, ще трябва да осигурява 24 часа в денонощието възможност за прием, или транспорт на спешни пациенти до друго лечебно заведение. За сключване на договор по отделните специалности ще се изисква наличието на специалисти на основен трудов договор в болницата. Освен това лечебните заведения ще трябва да разполагат с необходимата апаратура и да имат клинична лаборатория на територията на лечебното заведение. Така ще се гарантира, че всяка болница, която усвоява публични средства, може да предостави качествени медицински услуги.

Към договорите с лечебните заведения за болнична помощ ще се изисква на достъпно място да се обявят дължимите потребителски такси и лицата, освободени от тях, както и дейностите, които са извън обхвата на основния пакет, гарантиран от НЗОК.

Всеки пациент при постъпване и изписване от лечебното заведение - при поискване, ще може да получи информация за вида и обхвата на оказаното лечение, както и финансова информация - за вида и размера на заплатените дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

През следващата година се увеличава броят на клиничните пътеки от 298 на 304.

Сред новите пътеки са тези за лечение на вродени имунодефицитни заболявания, на полиорганна недостатъчност, както и на деца с дихателна недостатъчност - чрез механична вентилация. Също така са включени 16 пътеки за долекуване и три - за продължително лечение. Те са при онкологични, сърдечно-съдови и бело-

дробни заболявания, както и при проблеми на централната нервна система. По този начин се дава възможност на болниците да осигуряват нужните грижи след активното лечение за пациентите. Тези пътеки ще дадат финансова възможност и за преструктурирането на определени болници за активно лечение в клиники за продължителни грижи.

Ще се увеличат и цените на 30 пътеки, заплащани от НЗОК.

През следващата година акредитацията отпада като изискване за сключване на договор със Здравната каса.

Всяка болница, която иска да работи с обществения фонд, ще е задължена да публикува списък с консумативите, които не се покриват с публични средства и цените им. Всеки пациент задължително ще получава детайлна разпечатка при изписването си с всички разходи за неговото лечение. Болниците ще работят и с делегирани бюджети, които задават определен таван на приходите им по каса. **Бюджетите ще могат да се коригират на всеки три месеца в зависимост от притока на пациенти.** Ако междувременно дейността на болниците надхвърли определените граници на делегираните бюджети, лечебните заведения трябва своевременно да информират РЗОК. Там веднага ще се търси начин за решаване на проблема. Обоснованият прием на пациенти обаче няма да се ограничава. Освен това директорите на болниците ще имат право на вътрешно пренасочване и управление на средствата си. Целта на тези мерки е да се увеличи контролът при изразходването на публични средства и да се ограничат ненужните хоспитализации.

Промени в потребителската такса за първите 10 дни болничен престой не се предвиждат - тя остава 4.80 лв., или 2% от МРЗ.

Бюджетът за болнична помощ през 2010 година е 708 млн. лв., като в оперативния резерв са предвидени още 125 млн. лв.

Промени в медико-диагностичните дейности и при лекарствата за домашно лечение не се предвиждат. Средствата за тях през следващата година са съответно: 61 млн. лв и 320 млн. лв.

Документите за сключване на договори с изпълнителите на извънболнична медицинска помощ ще се подават в 30-дневен срок от обнародването на Националния рамков договор в «Държавен вестник».

Директорът на съответната РЗОК разглежда подадените документи и сключва договори с лечебните заведения за извънболнична помощ **до 15 февруари 2010 г., а с лечебните заведения за болнична помощ - до 20 януари 2010 година.**

ИЗВЪНРЕДЕН СЪБОР НА ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗ ДАДЕ МАНДАТ ЗА ПОДПИСВАНЕ НА НОВИЯ РАМКОВ ДОГОВОР

Националният съвет на Българския лекарски съюз свика извънреден събор на съсловната организация на 19 декември заради новия Национален рамков договор с НЗОК за 2010 година. Законът за съсловните организации изискваше съборът да даде мандат на ръководството за подписване на НРД.

На 19 декември т.г. делегатите на 48-мия извънреден събор на Българския лекарски съюз обсъдиха намеренията на управляващите за предстоящата реформа в сектора на здравеопазването и единодушно признаха необходимостта от провеждането й.

На събора са присъствали 260 делегати. Решението за подписване на НРД е прието със 187 гласа "за", 25 - "против" и 6 - "въздържал се".

С това си решение Българският лекарски съюз застава зад реформата в здравеопазването.

НРД 2010 ще има давност 1 година, но от 2011 г. рамковите договори ще бъдат подписвани за пет години.

ЗА ПЪРВИ ПЪТ СЛЕД 2006 ГОДИНА ИМА НОВ РАМКОВ ДОГОВОР

Националният рамков договор е нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна за определен срок. Той е задължителен за НЗОК и РЗОК, за изпълнителите на медицинска помощ, за осигурените лица и за осигурителите. Това реши парламентът, приел на второ четене промените в Закона за здравното осигуряване.

Национален рамков договор не е подписван от 2006 година. За първи път оттогава сега има политическа воля и желание на съсловните организации за утвърждане на този акт.

Националният рамков договор няма да бъде заменен с национални рамкови условия, каквото

предложение имаше. Договорът между НЗОК и Българския лекарския съюз ще се подписва за пет години, като при необходимост ще се актуализира. Петгодишен ще бъде и срокът на действие на рамковия договор за денталните дейности, който се подписва между Касата и Българския зъболекарския съюз. Текстовата част на НРД при необходимост може да се променя с анекси. Ценовата част в НРД ще се променя всяка година.

Договорът ще се преподписва от министъра на здравеопазването и трябва да бъде обнародван в Държавен вестник до 28 декември. Договорите ще се приемат не по-рано от обнародването на бюджета на НЗОК за следващата година и не по-късно от последния работен ден на текущата година.

ДИРЕКТОРЪТ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА КАСА ЩЕ СЕ ИЗБИРА ОТ ПАРЛАМЕНТА ЗА ПЕТ ГОДИНИ

Директорът на НЗОК ще се избира от Народното събрание за срок от пет години, записаха депутатите в промените в Закона за здравното осигуряване. Предложения за избор на директор на Касата могат да се правят от парламентарните групи. Сред изискванията за този пост са кандидатът да има висше образование и магистърска степен, както и минимум три години професионален опит в областта на управлението на здравеопазването, на банковото, застрахователното или осигурителното дело.

Депутатите решиха, че мандатът на директора на НЗОК може да се прекратява с решение на парламента, ако има влязла в сила присъда за умишлено престъпление от общ характер или акт, с който е установен конфликт на интереси. Директорът на Касата може да бъде освободен и за системно нарушаване на задълженията си, неизпълнение на решение на Надзорния съвет или извършване, или допускане на извършването от други лица, на груби или системни нарушения на задължителното здравно осигуряване.

Надзорният съвет е другият орган на управление на Касата, освен директора. Съветът ще бъде от деветима членове - един представител на организациите за защита на правата на пациентите, един - на организациите на работниците и служителите, двама представители на работодателите и петима представители на държавата, от които един е изпълнителният директор на Националната агенция за приходите.

Дректорът на Националната здравноосигурителна каса трябва да бъде избран от Народното събрание в срок от два месеца от влизането в сила на промените в Закона за здравното осигуряване.

До три месеца от обнародването на измененията директорът на НЗОК обявява и организира конкурсите за директори на районните здравноосигурителни каси.

Директорите на РЗОК ще сключват, изменят и прекратяват договорите с изпълнителите на медицинска помощ на територията, обслужвана от РЗОК, съгласно закона, НРД и Правилника за устройството и дейността на НЗОК.

В закона се предвижда Националната здравноосигурителна каса да има резерв. Временно свободните средства на НЗОК ще се съхраняват в БНБ и могат да се влагат само по депозитни сметки, обслужвани от БНБ, или за придобиване на първичния пазар на ДЦК, емитирани от българското правителство.

УВЕЛИЧАВАТ СЕ ГЛОБИТЕ ЗА НЕИЗПЛАТЕНИ ЗДРАВНИ ОСИГУРОВКИ

С промените в Закона за здравното осигуряване бяха увеличени драстично глобите за неизплатени здравни осигуровки. Работодател, който не заплаща вноските за осигуряване на лица, за които е длъжен да плати, ще се наказва с глоба в размер от 2000 до 4000 лв. (досега глобата беше от 1000 до 2000 лв.) - за физическите лица, или имуществена санкция - за едноличните търговци и юридическите лица, в размер от 4000 до 8000 лв. За повторно нарушение глобата е от 4000 до 8000 лв., а имуществената санкция е от 10 000 до 15 000 лв. В досега действащите текстове тази глоба беше от 2000 до 4000 лв.

Длъжностно лице на работодател или работодател, който не предостави информация, дължима по този закон, или дава невярна информация за осигурителните си отношения с НЗОК, ще се наказва с глоба от 500 до 1000 лв. за физическите лица, с имуществена санкция от 500 до 1000 лв. - за едноличните търговци и с имуществена санкция от 2000 до 4000 лв. - за юридическите лица

За повторно и за всяко следващо нарушение

глобата е 2000 лв. а имуществената санкция е 2000 лв. - за едноличните търговци и 8000 лв. - за юридическите лица.
Самоосигуряващо се лице, което не плаща дължимите осигурителни вноски за срок, по-дълъг от три месеца, ще се наказва с глоба от 500 до 1000 лв., а за повторно нарушение - с глоба от 1000 до 3000 лв. (при суми от 50 до 100 лв. досега). Който не изпълни задължението си за подаване на декларация за здравно осигуряване ще се наказва с глоба от 500 до 1000 лв., а за повторно нарушение - от 1000 до 3000 лв.

ФАРМАЦЕВТИТЕ ВЕЧЕ ОФИЦИАЛНО СА ДОГОВОРНИ ПАРТНЬОРИ НА КАСАТА

Българският фармацевтичен съюз официално стана договорен партньор на НЗОК, като традиционно досега такива бяха само Българският лекарски съюз и Българският зъболекарски съюз. Ръководството на БФС заявява, че с приетите на 17 декември 2009 г. от Народното събрание промени в Закона за здравното осигуряване БФС за първи път от създаването си през 2006 година е получил законово правомощие да договаря с НЗОК съдържанието на договорите на аптеките. По силата на новата разпоредба на чл.45, ал.9 от Закона за здравното осигуряване, девет представители, определени от Управителния съвет на БФС, ще договарят с девет представители на НЗОК условията, реда за сключване и цялото съдържание на типовите договори на аптеките в България.
Друго правомощие на БФС, прието от Народното събрание, е участието на представител на съсловната организация в новосъздадения Консултативен съвет към министъра на финансите. Българският фармацевтичен съюз участва в този колективен орган заедно с другите съсловни организации - Българския лекарски съюз и Българския зъболекарски съюз.

ОБНОВЕН Е СЪСТАВЪТ НА УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

На 24 ноември 2009 г., на извънредно заседание на Събранието на представителите на Националната здравноосигурителна каса бяха избрани четирима нови членове на Управителния съвет на институцията: Валентина Симеонова - зам.-министър на труда и социалната политика, Ивайло Московски - зам.-министър на транспорта, д-р Нели Нешева - главен секретар на Министерството на здравеопазването и д-р Тонка Върлева - директор на дирекция „Превенция и контрол на СПИН, туберкулоза и ППИ" в Министерството на здравеопазването. Те ще заемат местата на Антон Станков, д-р Анатоли Тачов, д-р Стоян Стоянов и д-р Красимир Мирев. Извънредното заседание беше свикано на основание чл.10 от Закона за здравното осигуряване, по искане на една трета от неговите членове. Участниците изслушаха информация за хода на преговорите по Национален рамков договор за 2010 година. Представители на управителните съвети на Българския лекарски съюз и на Българския зъболекарски съюз изразиха позициите си по темата.

ЗАМЕСТНИК-МИНИСТЪР НА ФИНАНСИТЕ ОГЛАВИ УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА ЗДРАВНАТА КАСА

На заседание, проведено непосредствено след извънредното Събрание на представителите на НЗОК, Управителният съвет на институцията избра за свой председател зам.-министъра на финансите Владислав Горанов.
Владислав Горанов е роден на 30 април 1977 г. Възпитаник е на Математическата гимназия "Гео Милев" в Плевен. В периода 1994 - 1999 г. е завършил Стопанската академия „Димитър Апостолов Ценов" в Свищов, със специалност икономика и е магистър по счетоводство и контрол. От 1998 до 2001 година Владислав Горанов е специалист по извънбюджетни сметки и фондове, експерт и директор на дирекция „Финансова политика" към Министерството на земеделието, горите и аграрната реформа. През 2001 година заема длъжността главен експерт в дирекция „Финансиране на държавни органи, програми и осигурителни фондове" към Министерствотото на финансите. От 2001 до 2009 година е бил началник на отдел „Социални разходи" към Министерството на финансите.

ПРАВИТЕЛСТВОТО ОПРЕДЕЛИ СЪСТАВИТЕ НА ДВЕ КОМИСИИ ПО ЗАКОНА ЗА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ

Министерският съвет определи съставите на комисиите по прозрачност и по цените на лекар-

ствените продукти по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.
Причина за това са настъпилите промени в служебните/трудовите правоотношения на част от членовете им, което води до затруднения при вземането на решения поради липса на кворум.
Предложенията за членове на Комисията по прозрачност са направени от Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ), Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), Българския лекарски съюз (БЛС), Българския зъболекарски съюз (БЗС), Българския фармацевтичен съюз (БФС), организации на пациентите и на фармацевтичната индустрия. Председател на тази комисия ще бъде заместник-министърът на здравеопазването проф. д-р Мила Власковска.
Председател на Комисията по цените на лекарствените продукти ще бъде Димитринка Николова - директор на дирекция "Бюджет и счетоводство" в Министерството на здравеопазването. Съставът на комисията е предложен от министерствата на финансите, на икономиката, на енергетиката и туризма, на труда и социалната политика, както и от НЗОК и ИАЛ.

ПРОМЕНЕН Е СЪСТАВЪТ НА КОМИСИЯТА ПО ПОЗИТИВНИЯ ЛЕКАРСТВЕН СПИСЪК

Министерският съвет одобри изменение на Решение № 775 от 2009 г. за определяне състава на Комисията по позитивния лекарствен списък. С новия документ от състава на комисията се освобождават: проф. д-р Доан Джевдет Зия, д.м.н., д-р Светлана Атанасова Ганчева, Румяна Димитрова Лазарова и маг.фарм. Антон Недялков Авджиев.
За членове на Комисията по позитивен лекарствен списък са определени: д-р Николай Иванов Шарков - представител на Българския зъболекарски съюз, д-р Кирил Димитров Еленски - представител на Българския лекарски съюз, д-р Албена Тодорова Златарева и доц. Русанка Димитрова Ковачева - представители на НЗОК.

ПРИЕТ Е УСТРОЙСТВЕНИЯТ ПРАВИЛНИК НА ИЗПЪЛНИТЕЛНАТА АГЕНЦИЯ "МЕДИЦИНСКИ ИНСПЕКТОРАТ"

С промените в Закона за здравето, които са в сила от юни 2009 година, беше създадена Изпълнителна агенция "Медицински инспекторат". Правителството прие устройствения правилник на това звено. Агенцията е новосъздадена структура, в чиито правомощия е извършването на проверки, свързани с управлението, дейността и организацията на медицинското обслужване в лечебните заведения, както и спазването на изискванията на законите за здравето и за лечебните заведения, и нормативните актове по тяхното прилагане.
Агенцията ще следи за спазването на медицинските стандарти и правата на пациентите, както и за изразходването на средствата, предоставени от републиканския бюджет. При констатирани нарушения ще налага дисциплинарни наказания, глоби и имуществени санкции, ще отнема разрешения за лечебна дейност на болници, диспансери, диализни центрове, тъкани банки, домове за медико-социални грижи за деца.

54 МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТА ЩЕ БЪДАТ ГОТОВИ ДО КРАЯ НА ГОДИНАТА

Министерството на здравеопазването се ангажира 54 медицински стандарта да бъдат готови до края на тази година. С тях ще се покрият всички основни специалности в страната като кардиология, неврохирургия, кардиохирургия, педиатрия, гастроентерология. По този начин през следващата година медицинските стандарти ще започнат да изпълняват функцията си на инструмент за повишаване на качеството на здравните услуги. Те ще залегнат като изискване за сключване на договор със Здравната каса. Стандартите задават нормативните изисквания за качеството на медицинската помощ и възможностите за защита на правата на пациентите. Те се състоят от задължителни изисквания, които осигуряват минималния обем на извършваните дейности от едно лечебно заведение, броя на специалистите в него, апаратурата и структурите, които трябва да има, за да гарантира качествени услуги за пациентите. Освен това в стандартите има допълнителни изисквания, които посочват пътя за развитие на клиниките и въвеждането на нови технологии в тях. Правилата са съобразени със световните изисквания в медицината и се изготвят от най-добрите експерти в съответните специалности. Остава да се изготвят още близо 20 стандарта. Те обаче са за високотехнологични

дейности, които не се заплащат от Здравната каса. Сред тях са специалности като авиационна и спортна медицина или съдебна психиатрия.

МЕМОРАНДУМ СКРЕПИ ОБЩАТА ВОЛЯ ЗА РЕФОРМИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Още 450 милиона лева да се дадат за здравеопазване през следващата година - това беше договорено в меморандум между ГЕРБ и Синята коалиция преди проектобюджетът на правителството за 2010 година да бъде приет на първо четене.

Не по-малко от 60 млн. лв. допълнително ще бъдат заделени за осигуряване на достъп на онкоболните до качествена медицинска помощ, а за нуждаещите се от хемодиализа - допълнителните средства няма да са по-малко от 10 млн. лв., е записано в документа. Около 30 млн. лв. допълнително ще бъдат предвидени и за реформиране на спешната помощ, която трябва да бъде разтоварена от неспецифични и немедицински задължения.

Като обща цел политиците формулират „гарантиран и равен достъп до качествена медицинска помощ, осигуряваща подобряване на здравно-демографските показатели на българската нация".

Според здравния министър д-р Божидар Нанев целта на реформите в сектора е постигане на качествена дейност, а не поддържане на структури заради самите тях. „Предвиждаме като мярка към Закона за бюджета на Националната каса за 2010 година т.нар. делегирани бюджети, които да са на база преминал брой болни за 2009 година, а дори и повече - за някои лечебни заведения. Това ще даде възможност на мениджмънта на болницата за много по-широки правомощия по отношение на управлението и на това, как да бъдат изразходвани средствата", посочи здравният министър.

Не всички болници обаче ще имат право на договор със Здравноосигурителната каса. Ще бъдат наложени критерии, на които трябва да отговарят лечебните заведения. Няма да се ликвидират направленията за извънболнична помощ, но постепенно броят им ще бъде намаляван, предвижда меморандумът.

Според председателя на парламентарната здравна комисия - д-р Лъчезар Иванов, в резерва на Касата ще има допълнително средства след първата половина на 2010 година.

На срещата между представители на съсловните организации в здравеопазването, в която участваха премиерът Бойко Борисов и министърът на финансите Симеон Дянков, е била изяснена картината в сектора и е станало ясно, че всички страни искат промяна. Тя обаче може да се подготви през 2010 година, за да започне реално през 2011-та.

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ФИНАНСОВИ АНАЛИЗИ И ПРОГНОЗИ ЩЕ ОСТОЙНОСТЯВА КЛИНИЧНИТЕ ПЪТЕКИ

Прогнозните обеми, цените и методиките за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ ще се разработват от Изпълнителната агенция за икономически анализи и прогнози към министъра на финансите. Това реши парламентът и го записа в промените в Закона за здравното осигуряване.

Към министъра на финансите се създава Консултативен съвет, който ще разглежда и дава становища относно разработените обеми, цени и методики. Съветът ще включва заместник-министър на здравеопазването, заместник-министър на труда и социалната политика и по един представител на НЗОК, Националната агенция за приходите, Изпълнителната агенция по икономически анализи и прогнози, съсловните организации и представителните организации на пациентите. Обемите, цените и методиките за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ ще се приемат всяка година с постановление на Министерския съвет, по предложение на министъра на финансите, изготвено в съответствие със становището на Консултативния съвет.

ПРЕСТРУКТУРИРАНЕТО НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ ЩЕ ВКЛЮЧВА ЕВРОФОНДОВЕТЕ

Концепцията за преструктуриране на системата на болничната помощ у нас предвижда средствата от еврофондове да бъдат насочат към лечебни заведения, доказали, че имат потенциал да запазят финансовата си стабилност и да гарантират ефективност на използването на обществените ресурси в съответствие с регламентираните критерии за качество на медицин-

ската помощ. Това заяви министърът на здравеопазването д-р Божидар Нанев след заседанието на кабинета, на което беше одобрена тази концепция. Възможнен финансов източник са оперативните програми към Министарството на регионалното развитие и благоустройството, които могат да достигнат над 300 млн. лв. Тези средства са за държавните и общински лечебни заведения, за спешната помощ, както и за продължително лечение и долекуване. Министърът информира, че възможност за кандидатстване с проекти ще имат не по-малко от 15 държавни и 15-20 общински болници. От 2011 година ще започне усвояването на средства и от допълнителни програми. Целта на концепцията е да се осигури равнопоставен достъп на гражданите до качествена медицинска помощ и до своевременна спешна помощ. Разпределението и управлението на публичните средства в здравеопазването през 2010 година предвижда комплексна реформа в болничната сфера, която ще става на базата на критерии за оценка, сред които са: 24-часов прием на пациенти в спешни състояния, собствени квалифицирани кадри, медицинска апаратура и оборудване в съответствие с медицинските стандарти на лечебните заведения. По предварителни проучвания се очаква около сто лечебни заведения да не отговорят на тези критерии. В концепцията е направена и комплексна оценка на осигуреността със спешни звена във всички райони на страната. Не се предвижда закриване на болници, но е наложително преструктурирането на някои от тях.

УНИВЕРСИТЕТСКИТЕ БОЛНИЦИ ПОДКРЕПЯТ РЕФОРМИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Асоциацията на университетските болници подкрепя реформите в здравеопазването и ще съдейства те да продължат. Това заяви на форум по въпросите за бъдещето на българското здравеопазване председателят на Асоциацията на работодателите в болничното здравеопазване и изпълнителен директор на МБАЛ "Св. Анна" в столицата д-р Димитър Димитров.

На форума присъстваха директори на 11 лечебни заведения в страната, представители на Асоциацията на университетските болници. Според директора на ВМА ген. Стоян Тонев тези болници формират 86 процента от финансовия ресурс на здравеопазването и 98 процента от оборота на пациентите в страната.

Без достатъчно финансиране реформа в болничната помощ не може да се състои, заявиха участниците във форума. Като съществен проблем беше определена липсата на остойностяване на медицинските услуги.

Директорът на Военномедицинска академия ген.-майор доц. Стоян Тонев заяви, че подкрепя замисленото от управляващите преструктуриране на болниците. Той обаче отбеляза, че при недофинансиране на болничната помощ проблем ще има и с откриването на хосписи.

Директорът на УМБАЛ „Св. Екатерина" проф. Генчо Начев заяви, че вижда като необходима част от реформата закриването или преструктурирането на определен брой болници. Това обаче не бива да става по административен път на регионален принцип, а по определени критерии. Болниците, които трябва да продължат работата си, трябва да бъдат обезпечени с достатъчно медицински кадри, при това - на основен трудов договор в лечебното заведение. Те трябва да разполагат с нова, високотехнологична апаратура и да гарантират 24-часов прием на пациенти.

Всеобщо беше становището на участниците във форума, че болничното лечение у нас е на добро европейско ниво, а липсата на листа на чакащи е много добра традиция.

ЗДРАВНАТА КАСА РАЗРЕШИ ДА СЕ СКЛЮЧВАТ ВРЕМЕННИ ДОГОВОРИ ПО КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ ЗА ГРИП

По повод обявената национална грипна епидемия и в случай на необходимост, Националната здравноосигурителна каса разреши на районните здравноосигурителни каси (РЗОК) да сключват временни договори с лечебни заведения, които нямат договор по клинични пътеки за грип. Пътеките, за които могат да се сключват временните договори, са „Контагиозни вирусни и бактериални заболявания - остро протичащи с усложнения", „Бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18-годишна възраст" и „Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст". Осигурено е лечебните заведения да получават

антивирусни лекарствени препарати от Министерството на здравеопазването. Временните договори могат да бъдат сключвани при наличие на клиника, отделение или сектор по инфекциозни, вътрешни или детски болести, или за анестезиология и интензивно лечение.

Направена е промяна в диагностично-лечебния алгоритъм на клинична пътека „Контагиозни вирусни и бактериални заболявания - остро протичащи, с усложнения", като минималният болничен престой е намален от 5 на 3 дни и е отпаднало задължителното вирусологично изследване за потвърждаване на A(H1N1).

Предприетите мерки са в изпълнение на решение на Националния пандемичен комитет.

СРОКЪТ ЗА ПРЕРЕГИСТРИРАНЕ НА АПТЕКИ В МАЛКИ НАСЕЛЕНИ МЕСТА БЕШЕ УДЪЛЖЕН ДО 31 ДЕКЕМВРИ

Парламентът удължи до 31 декември 2009 г. срока за пререгистриране на аптеки в малки населени места с приетите на второ четене промени в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

При заварено положение магистър-фармацевтите ще трябва да удостоверят, че са заплатили еднократна такса от 100 лева. Тези, които са получили разрешение за откриване на аптека, трябваше да приведат дейността си в съответствие на досега действащия закон до 12 август т.г.

Разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека в населено място под 10 000 жители ще се издава въз основа на заявление по образец, към което трябва да бъде приложен и документ за платена такса от 1000 лева, прие Народното събрание.

НЯМА ПРОМЯНА В НИВОТО НА ЗАПЛАЩАНЕ ОТ ЗДРАВНАТА КАСА НА ИНСУЛИНОВИТЕ ПРОДУКТИ

Във връзка с отправени към НЗОК запитвания за промяна в цените на някои инсулинови продукти, НЗОК предоставя следната информация:

Няма промяна в нивото на заплащане на тези продукти от страна на НЗОК, като тя заплаща на 100% референтната им цена. От влизане в сила на Позитивния лекарствен списък (ПЛС) до момента в него има около 240 лекарствени продукта, които спадат като нива на заплащане, определени като 100%. В ПЛС е видно, че при тези лекарства цената на търговец на едро е по-висока от референтната стойност, която НЗОК заплаща. Остава открит въпросът кой поема съществуващата разлика.

По този повод НЗОК многократно е отправяла сигнали и запитвания до Комисията по позитивен лекарствен списък, Министерството на здравеопазването и други институции, че такъв проблем съществува и трябва да бъде намерено нормативно решение в най-кратки срокове.

.....

Диабетиците няма да доплащат за лечението си с инсулин на "Ново Нордиск", съобщи здравното министерство. През есента асоциацията на пациентите съобщи, че се налага хората да заплащат по 4,80 лв. на опаковка инсулин.

Проблемът е наследен от предишното правителство, напомня екипът на здравния министър д-р Божидар Нанев. През лятото беше променена методиката за цените на медикаментите, които осигурява Здравната каса. След протести на пациенти и преговори беше постигнат компромис и доплащането се отложи, но впоследствие пак излезе на дневен ред.

"Ново Нордиск" прие предложението на Комисията по позитивния лекарствен списък: фирмата да продължи да покрива за своя сметка разликата между регистрираната цена на компанията и референтната за групата до следващата промяна на списъка с лекарства, заплащани от НЗОК. Отсрочката обаче ще бъде валидна до 1 февруари 2010 г., докогато се очаква да бъде намерено трайно решение

ПАЦИЕНТСКА КОНФЕДЕРАЦИЯ ПЛЕДИРА ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ДОСТЪПА ДО ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ

Проектомеморандум за запазване и подобряване на достъпа на пациентите у нас до лекарствено лечение в условия на криза предложи на управляващите конфедерацията "Защита на здравето" (КЗЗ), която е единствената национално представителна пациентска организация у нас.

Документът беше представен на Кръгла маса по проблемите на лекарствената политика в бюдже-

та за здравеопазване през следващата година.
Във форума участваха представители на пациентски организации, на КЗЗ, на Министерството на здравеопазването, на НЗОК, на парламентарната комисия по здравеопазване и на организациите на фармацевтичните производители.
Меморандумът отправя препоръка към българските институции за необходимостта от актуализация на бюджета на НЗОК в средата на 2010 година, съобразена със състоянието на икономиката в страната и с тенденциите през първата половина на годината. Предлага се да се сформират междуведомствени работни групи в началото на второто тримесечие на 2010 година с участието на съсловните и на пациентските организации, които да следят процесите и тенденциите в търсенето на адекватни решения за увеличаване на средствата за лекарства.
В меморандума се предлага да се ускори процесът на електронизация на здравеопазването, с цел да се разширят възможностите за планиране и контрол на изразходването на средства.
Участниците се обединиха около предложението за органичаването на заболеваемостта от социалнозначимите болести чрез разработване на скринингови програми, както и чрез програми за ваксинация и информираност.
През следващата година НЗОК ще върне на държавата ДДС в размер на 53 млн. лева от общо 320 милиона, с които ще разполага за лекарства. Това са пари от здравни вноски на българските граждани и те трябва да се използват за здраве, се посочва в меморандума. Предлага се след постъпил отчет на НЗОК за платени лекарства за определен период (месец, тримесечие) държавата да възстановява на Касата сумата от платения ДДС за лекарства чрез целева субсидия от бюджета.
Всички участници в кръглата маса се обединиха около констатацията, че лечението в домашни условия винаги излиза по-евтино от болничното лечение и от нелекуването.

ЗАМ.-ДИРЕКТОР НА ЗДРАВНАТА КАСА ПОДКРЕПИ КОЛЕДНИ БЛАГОТВОРИТЕЛНИ ПРОЯВИ В ПОЛЗА НА ДЕЦА В РИСК

Зам-директорът на НЗОК - д-р Албена Златарева взе участие в коледен детски празник в резиденцията на Франция у нас. Събитието беше под патронажа на Н.Пр. господин Етиен дьо Понсен - посланик на Франция в България. Благотворителното събитие под наслов „Детски усмивки" събра за първи път на едно място над 50 деца, които са на хемодиализа, с трансплантирани органи, или заченати „ин витро". Всички те са под закрилата на федерация „Български пациентски форум".
Коледното тържество беше открито от посланика на Франция Етиен дьо Понсен. "В качеството си на посланик се ангажирам не само да помагам на болните деца, но и Конвенцията между двете страни да бъде подписана. Пожелавам на всички весели празници и много здраве", заяви г-н дьо Понсен.

.....

Д-р Албена Златарева взе участие и в традиционния благотворителен коледен бал, организиран от Сороптимист Интернешънъл - клуб Пловдив. Балът премина под наслов „Да играем заедно". Той беше организиран с благотворителното участие на Фондация „Качество на живот" и беше предназначен за социализация на деца с физически увреждания, както и за превенция на деца с наднормено тегло.
Сороптимист Интернешънъл е най-голямата международна женска организация в света, която обединява изявени в своята област жени, и има мрежа в над 120 държави. Тя е официално представена в УНИЦЕФ, от 1948 г. й е присъден консултативен статус в ЮНЕСКО, а от 1950 г. - консултативен статус в ООН.
В България Сороптимист Интернешънъл е започнала да развива дейността си преди 15 години.

.....

На 15 декември д-р Златарева присъства на благотворителния коледен търг, организиран от FARENAH Concept, фондация „За нашите деца" и аукционна къща „Аполон и Меркурий", в партньорство с Българското музикално сдружение. Набраните средства ще бъдат използвани за настаняване на 50 изоставени бебета в приемни семейства още на третия ден след тяхното раждане. Патрон на коледния търг беше кметът на столицата - г-жа Йорданка Фандъкова.

ФИНАНСИТЕ

ПРИХОДИТЕ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА ЗА 2010 ГОДИНА ЩЕ БЪДАТ 2 519 211 000 ЛЕВА

Народното събрание прие бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2010 година. Предвидени са разходи и трансфери за 1 689 432 000 лева, както и приходи и трансфери за 2 519 211 000 лева.

От здравноосигурителни вноски се предвиждат приходи от 1 560 340 000 лева. Предвидени са 157 000 000 лв. за здравноосигурителни плащания за първична извънболнична помощ, а за специализирана извънболнична - 154 000 000 лева. За дентална грижа се планират 91 000 000 лева.

Здравната вноска през следващата година ще бъде 8 процента.

Резервът на НЗОК ще е от 5 на сто от събраните приходи от здравноосигурителни вноски и от трансферите за здравноосигурителни вноски от други бюджети. Досега размерът беше 10 на сто от тези приходи.

В Закона за бюджета на НЗОК за 2010 година се предвижда възможност от 1 юли с решение на Народното събрание да се отпуснат допълнителни средства за здравеопазване, за сметка на излишъка. НЗОК ще определя годишна обща стойност на разходите за всяка районна каса, разпределена по месеци, а районните каси от своя страна ще определят делегираните бюджети за болниците. Корекции ще са възможни на тримесечие.

Управителният съвет на НЗОК ще разпише правилата за определяне стойностите на делегираните бюджети.

Депутатите записаха, че болниците могат да сключват договор с Касата само за тези дейности, за които имат специалисти, работещи на основен трудов договор.

УПРАВИТЕЛНИЯТ СЪВЕТ ПРИЕ ОТЧЕТА ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА БЮДЖЕТА ЗА МЕСЕЦ ОКТОМВРИ И КЪМ 31 ОКТОМВРИ 2009 ГОДИНА

Общият размер на приходите и трансферите, заложени със Закона за бюджета на НЗОК за 2009 година, е 2 472 943 066 лева. За месец октомври на бюджетната 2009 г. събраните приходи и трансфери са в размер на 179 727 771 лева, което представлява 7,3 на сто от годишния план. От здравноосигурителни вноски през месец октомври са постъпили 123 млн. лева.

Към 31.10.2009 г. лицата с прекъснати здравноосигурителни права, съгласно данните предоставени от персоналния регистър на НОИ, са 1 015 хиляди души. В сравнение със същия период на 2008 г. този брой е нараснал с 25 хиляди души.

Законът за бюджета на НЗОК за 2009 г. определя общ размер на разходите и трансфера – 2 071 182 256 лева. От тях през месец октомври са изразходвани 158 900 662 лева, или 7,7 на сто от годишния план, разпределени в отделните направления на здравноосигурителните плащания както следва:.

• ***Първична извънболнична медицинска помощ -*** през октомври 2009 година са изплатени **12,8 млн. лева**, с което се отчита усвояване от 8,1 на сто спрямо годишния план.

• ***Специализирана извънболнична медицинска помощ -*** през октомври 2009 година е усвоен ресурс от **12 млн. лева,** което представлява 7,8 на сто от годишния план.

• ***Дентална помощ -*** през октомври 2009 година са усвоени **6,2 млн. лева,** с което се отчита изпълнение спрямо годишния план от 6,8 на сто.

• ***Медико-диагностична дейност -*** изплатените средства за октомври 2009 година по този параграф са в размер на **4,9 млн. лева,** т.е. 8,0 на сто спрямо плана за годината.

• ***Лекарства -*** сумата, изплатена през октомври за лекарствени средства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, е в размер на **27,6 млн. лева,** с което се отчита изпълнение спрямо годишния план от 8,4 на сто.

• ***Болнична помощ –*** през октомври 2009 година са изплатени **90,8 млн. лева** (от тях 3,7 млн. лв. са отчетени като предоставени трансфери към бюджетни предприятия), което представлява 8,5 на сто спрямо годишния план.

• ***Медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност -*** през октомври 2009 година са изплатени **0,7 млн. лева.**

ГЛАСЪТ НА НЗОК

Владислав Горанов: ОТ СРЕДАТА НА 2010 ГОДИНА ЕФЕКТЪТ ОТ ЗДРАВНАТА РЕФОРМА ЩЕ БЪДЕ УСЕТЕН

"Нова телевизия", "Здравей, България", 23 ноември 2009 година

Водещ Милен Цветков: В студиото е Владислав Горанов, заместник-министър на финансите, след като в предаване, в което ни гостува новият министър на образованието, аз заявих, че не искам повече да наливаме пари в бездънната каса на държавния бюджет, които изтичат през дупките здравеопазване, образование. И г-н Горанов иска да вземе отношение по моето твърдение, казвайки, че то е дълбоко невярно. Така ли?

Владислав Горанов: Не, напротив, нашето твърдение е, че реформи трябва да бъдат направени, особено в сферата на здравеопазването, в частта за болнична помощ. Всъщност повод за днешното гостуване е да споделим това, което ни очаква. Освен заместник-министър на финансите съм член и на Управителния съвет на Здравноосигурителната каса и по повод на многото дебати, които се състояха покрай закона за държавния бюджет и проектозакона за бюджета на здравноосигурителната каса се наслушахме на какви ли не оценки за бюджета и неговите възможности за следващите години. Истината е, че точно в криза имаме действителен шанс да направим тези непопулярни реформи, които трудно се състоят, когато има растеж.

Водещ: Какво ще направите?

- Тук говоря в качеството си на член на Управителния съвет на Касата. Това, което ще направим, е, че ще се опитаме да прецизираме нашите договорни партньори.

Водещ: Г-н Горанов, докато Касата има монопол в българското здравеопазване, нищо не може да се случи.

- Аз съм водил много дебати по темата монопол на Касата...

Водещ: Мога веднага да започна дебат по темата за монопола на Касата. Когато пожелаете.

- Добре. Искам преди това да Ви споделя няколко факта, които са естественият резерв във финансирането на болничната помощ. Само да Ви кажа за тези пороци в договарянето, които досега сме забелязали и които, пак казвам, са един естествен резерв за Касата, особено в криза. Не знам дали знаете, че усилията ще бъдат съсредоточени върху това - да финансираме не звена и структури, а да финансираме действително здравеопазване. Имаме 18 700 договора по клинични пътеки. Кратък анализ показва, че ако въведем елементарни изисквания, които да предполагат наличието на здравеопазване, договорите ще намалеят с близо 8 хиляди.

Водеща Лора Крумова: Какви изисквания?

- Елементарни изисквания. В едно лечебно заведение за болнична помощ да има съответната медицинска апаратура и лекари, защото по причина примерно на това, че няма лекари на постоянен трудов договор в съответното лечебно заведение, веднага могат да бъдат премахнати 1000 договора по клинични пътеки. По причина, че липсва съответната техника могат да бъдат премахнати над 5600 договора. По двете причини общо още 1600 договора по клинични пътеки отпадат, или от съществуващите 18 700 договора по клинични пътеки над 8000 ще бъдат заличени.

Водеща: Колко време сте в Управителния съвет на Здравната каса?

- Относително малко - от няколко месеца, но отдавна работим по темата за здравеопазването и за неговото финансиране.

Водещ: Знаете ли на предишната командна икономика, преди 1989 година, кога се прави първият опит за нейната промяна?

- Чакам да ми кажете.

Водещ: Някъде през 50-60-те години и тези опити изглеждат по този начин, по който Вие ни говорите в момента. Вие искате да запазите монопола на Касата - т.е. да запазите командно-административната система, като вътре човъркате някакви си 8 хиляди договорчета, които щели да донесат еди-какъв си ефект. Г-н Горанов, ако монополът на Здравноосигурителната каса в България не бъде разрушен, нищо не може да се промени в бъл-

гарското здравеопазване. Ако не направите критерии, по които да се оценят лечебните заведения и да бъдат отстранени тези, които не отговарят на критериите, нищо не може да бъде променено.

- Аз Ви говоря за същото.

Водещ: Всичко друго е козметика.

- За същото Ви говоря. Отпадането на 8000 договора, или над 30 процента от договорите, защо ще се случи? Защото има лечебни заведения, пак повтарям, в които няма доктори. Например, лечебно заведение, отдалечено от областния център, в което искат да сключат договор за хирургия. Разбира се, в това малко населено място няма специалист хирург, няма и анестезиолог, тъй като тези специалисти са малко на брой. Това лечебно заведение показва пред НЗОК договор със специалист - хирург, в което се описва, че той ще идва на работа сутрин от 9.00 до 12.00 часа примерно. В същите документи за сключване на договор за обща хирургия същото лечебно заведение декларира пред Касата, че същия ден, само че следобед, ще идва анестезиологът. Е, нали разбирате как ще се правят операции, в които хирургът е сутрин на работа, а анестезиологът - следобед. Куп такива абсурди има. Има примерно лечебни заведения, в които по определена клинична пътека се изисква да имат скенер. Те, понеже го нямат, само и само да сключат договор с Касата, за да може да се издържат определени структури, са сключили договор с болница, но в друга област, дори не в същия град, не в същото населено място, не в същата община, в друга област. И те всъщност са сключили договор и ползват ресурс от Здравната каса, тъй като показват, че имат скенер. Само че да не Ви се налага да попадате там, защото, ако се наложи да Ви правят спешно това изследване, ще трябва да Ви местят в друга област.

Водещ: И всички тези неща няма да ви занимават, ако монополът бъде премахнат.

- Не е така, г-н Цветков.

Водещ: Разбийте монопола. Това е истината, създайте пазар. Кажете веднъж завинаги на хората, че всъщност това е пазар на услуги, здравеопазването. То не е нищо друго. Това си е бизнес. Направете го истински този бизнес.

- Касата е един финансиращ орган. Правилата, по които Касата финансира, се определят от нормативна уредба и тя е въпрос на политическа воля.

Водещ: Касата е цедка, през която изтичат парите на данъкоплатците.

- Касата е инструмент, който се управлява...

Водещ: Вие сам го разказахте. Разказахте, че се създават фиктивни звена, фиктивни договори, че болници, които не функционират, имат договори за неща, които нямат.

- Именно това ще променим.

Водеща: А вътрешният контрол в болниците?

- Вътрешният контрол в болниците, те са повечето, 99 на сто търговски дружества. Те имат интерес да усвояват средства от Касата. Касата трябва да има интерес като финансираща институция да запазва интереса на гражданина, за да му гарантира с малкия ресурс, който има, че той действително ще се лекува някъде. И затова, пак повтарям, досега нямаше политическа воля за най-елементарни решения от типа, примерно, да се забрани сключването на договори с лечебни заведения, където няма специалист на пълен работен ден. Какво лечение има там, където няма специалисти или няма техника?

Водещ: Системата в този й вид функционира вече 20 години.

- Системата в този й вид функционира вече 9 години.

Водещ: Да, не 20, а 9 години. Е, за 9 години се вижда, че нищо не се е променило. Искате сега да ни кажете, че за тези 9 години просто са управлявали тотални некадърници, които не са знаели какво да направят, и вие сега ще го направите с някакви козметични промени.

- Искам да Ви кажа, че тази реформа много закъсня и на практика почти не се е състояла...

Водещ: Ами, направете я. Вие ще се съгласите ли с мен, че истинската реформа е премахване на монопола на Касата?

- Аз мога да се съглася, че евентуално Касата не работи добре, но не мога да се съглася, че механичното премахване на монопола на Касата ще реши въпроса, защото обществото преразпределя едни средства. През една или през шест каси да го прави, всъщност извършителят на услугата е лечебното заведение.

Водещ: Ако тези шест каси се състезават за това...

- За какво да се състезават?

Водещ: Ами, в Израел е така построена системата - има шест фонда и те се състезават, тъй като на всеки шест месеца може да си смениш фонда. Много е просто и като знаеш, че се състезаваш, моментално влизаш в час.

- Въпросът е върху какво се състезават - дали за записани болни, което значи, че ще има фондове, при които ще се записват само тези, които са с, да кажем, най-добър здравноосигурителен статус.

Водещ: Значи, това при тях е направено като с личния лекар. Имаш си личен лекар, което е задължително, но ти можеш да си промениш личния лекар, когато си поискаш.

- Този дебат е воден и ще бъде воден и не знам дали точно проблемът на монопола е това, което...

Водещ: Само това е.

Водеща: Не, има и проблем с монопола, защото има един такъв момент - лечебни заведения, които изпълняват критерии, да могат да работят със Здравната каса, не успяват да се...

- Финансирани от Здравната каса.

Водеща: Да, те не успяват да получат това финансиране заради някакви шуробаджанащини. Попаднахте ли на такива случаи?

- Точно на такъв случай не съм попаднал, но достатъчно е, че съм попаднал на случаи, в които, ако просто събереш на едно място две елементарни изисквания: да има апаратура, звена, примерно обикновена лаборатория клинична, както и специалисти, тогава 30-40 процента от клиничните пътеки нямат да могат да бъдат сключени като договор със сегашните им изпълнители. Оттам идват и безбройните хоспитализации и рехоспитализации. Когато говорим за достъп, достъпът до здравеопазване не е достъп до една сграда, която се намира на територията на едно населено място. В тая сграда трябва да има много повече неща, отколкото една табела с надпис "Болница", за да можеш да влезеш вътре и да знаеш, че, попадайки там, собено ако си в спешно състояние, бързо ще бъдеш обслужен, за да може да си съхраниш жизнените функции. В противен случай, ако попаднеш на място, където претендира, че е болница, но всъщност в него няма скенер, няма лаборатория, няма хирург, няма един прост апарат за ЕКГ, ти всъщност не си попаднал в лечебно заведение и имаш фиктивен достъп и рискът за твоето здраве е много по-голям, отколкото, ако знаеш, че това лечебно заведение не съществува, или пък примерно в него не може да се извърши такава услуга, и тогава с един хубав, разбира се, по-скъп реанимобил бъдеш откаран до място, където наистина...

Водеща: Какво ще правите със спешната помощ, защото там е страшно, поне беше доскоро. Мисля, че все още продължава да е така, а странното е, че там каквото и да се случва, ръководството си остава едно и също. Днес пишеше в пресата, че се отварят вече частни такива спешни центрове. Човек си плаща и в крайна сметка срещу 15 лева годишно има шанс като му се случи нещо, да го откарат навреме.

- Не вярвам, че ще успеят да изградят. Спешната медицина е една от скъпите части на системата, въобще на медицинско обслужване. Именно тук ще бъдат съсредоточени усилията ни, като съпътстващи основната част на реформата на болничната помощ. Нашето виждане е, че там, където така или иначе в един момент ще престанат да съществуват квазилечебните заведения, там ще трябва да бъде засилена спешната помощ. Именно затова за следващата година над 30 млн. лева допълнително са осигурени специално за засилване на спешната помощ.

Водещ: Г-н Горанов, дайте да говорим за философията на тая реформа, която искате да проведете в здравеопазването. Доколкото разбирам, Вие казвате "здравеопазването функционира девет години в този му вариант и ние го запазваме като философия да функционира, просто защото са били големи некадърници тези, които са работили до тоя момент и затова не се е случило това, което трябва да се случи - хората да получават нормални здравни услуги".

- Това какви са били преди нас управляващите много пъти сме го казвали.

- Водещ: Аз Ви питам, отговорете ми на тоя въпрос: защо девет години системата функционира в този вид. Хората, ако сега отворя телефона, ще ни залеят. Аз съм правил по тая тема хиляди предавания.

- Системата функционира по този неефективен начин, тъй като, пак казвам, в години на растеж, и особено когато има един такъв местен патриотизъм, малко криворазбран, то всички, и най-малките, и най-големите лечебни заведения в момента, които се опиташ да ги поставиш в реална пазарна среда, да отговарят на минимални изисквания и критерии, и се окаже, че определено лечебно заведение не може да продължи да изпълнява функциите си, в този момент се получава невероятен политически натиск. В годините преди не лечебните заведения са се настройвали към изискванията за добри медицински практики, а Националната здравноосигурителна каса, и по-скоро нейното управление, е създавало пътеки, правило компромиси, настройвало правилата си така, че определена мрежа от лечебни заведения да продължи да съществува.

Водещ: Ясно, това е резултатът. Вие ми отговорете защо имаме този резултат след девет години?

- Този резултат го имаме, защото нямаме политическа воля за реформа. Преди девет години, когато стартира функционирането на здравноосигурителната каса, първият и единствен завършен модел на реформата в здравеопазването беше на доболничната помощ и, разбира се, на денталната медицина, на зъболечението, защото може би тогава министърът беше от тази професия. Така или иначе обаче, доболничната помощ, първо, не изигра ролята си на филтър към болничната помощ - т.е. тя да преценява и да пресява...

Водещ: ...кои от пациентите са за болница и кои не са...

- ...кои пациенти са за хоспитализация. Напротив, тя се превърна в един добър, гарантиран бизнес за някои и същевременно накара хората, които нямат достъп до общопрактикуващия си лекар, да търсят всякакви начини директно да вървят към хоспитализация. Да не говорим пък, че и лечебни заведения, които нямат шанс да оцелеят в реална пазарна среда, си създават такава среда. Не знам дали сте информирани, но има примерно социални домове, където качват хората на автобуси и ги карат в съответната болница да ги хоспитализират. Естествено, на един възрастен човек над 65 или над 70 години винаги може да му намериш всякакво заболяване и по една от близо 300-те клинични пътеки да мине, за да се усвои ресурс от Касата. И всичкото това, защото съществуват лечебни заведения, които не отговарят на стандарта, но те продължават да имат договори с Касата и няма политическа воля за прекратяване на тези договори.

Водеща: Тоест първото, което ще правите, е да прекратявате договори?

- Точно така, с неефективни звена.

Водеща: Друго?

- Ами нали се сещате, че когато говорим за икономия от над 300 милиона, и когато тя се насочи към лечебни заведения, където наистина има специалисти, има хубава, скъпа техника, купена пак от българския данъкоплатец, то тогава най-простата икономия от мащаба, за която се говори в първи курс по икономика, ще се състои. Тогава ефективността на здравеопазването ще се повиши, защото, първо - когато попаднеш в една малка болница, където няма прост апарат за ЕКГ, и не дай си, Боже, си в спешно състояние, ако там не те излекуват и спешно се налага да те извеждат и превеждат в по-голямо лечебно заведение, нали се сещате, че в първото лечебно заведение вече е отчетен разходът по тази клинична пътека. Отиваш в следващото заведение, там вече случаят е усложнен. Да кажем, че там има по-добри специалисти, но се изисква вече по-сериозна намеса, с по-скъпа техника и с по-скъпи медикаменти. Ако и там не успеят, защото вече си много зле, тогава те карат по най-спешния начин в София, и ако още си жив, попадаш в най-добрата университетска болница, която и да е тя, и там вече започва наистина висшата медицина, която струва десетки и стотици хиляди левове, но ти си минал през всички етапи, провели са ти лечение в две неефективни звена, Касата е платила за всичкото това лечение и ти, дано си жив накрая, попадаш отново в столицата...

Водещ: Хайде дайте сега конкретни неща да кажем. Значи, правите критерии, на които трябва да отговорят болниците?

- Два елементарни критерия - да има техника и тя да не е като в дадения вече пример (че едно лечебно заведение, в което няма скенер, сключва договор с лечебно заведение от друга, съседна област). Да има техника и да има специалисти.

Водещ: Добре, и който не отговаря на тези критерии?

- Не се финансира от Здравната каса. Ние скъпи хотели или евтини хотели няма да финансираме по линия на здравеопазването.

Водещ: И кога това ще даде резултат според вас? Кога ще изработите критериите?

- Критериите, пак Ви казвам, ги има. За всяка една клинична пътека е описано в алгоритъма какъв вид лаборатория, специалист, звено е необходимо.

Водещ: Тоест това, което вие ще направите оттук нататък, е да преразгледате всички договори?

- Работи се по въпроса, не случайно Ви давам пример колко договори ще отпаднат, ако тези два елементарни критерия се наложат.

Водеща: Хващате се обаче за нещо, което ми се струва, че е по-малко от това, което беше анонсирано от новото правителство и от управлението на страната - съвсем скоро беше, за една огромна реформа, която се каните да правите в здравеопазването, и за закриване на много болници.

- Ние не говорим за закриване на болници.

Водеща: И за райониране...

- Държавата е собственик на по-малко от половината болници. Има доста общински и доста частни. Аз казвам, че Националната здравноосигурителна каса ще финансира там, където се прави медицина. Оплакват се и казват: «няма медицински сестри, няма специалисти, доктори, защото били напуснали, в чужбина, техниката била скъпа, нямало и техника». Е, как тогава има 416 лечебни заведения за болнична помощ, като няма специалисти и като няма техника? Нека да финансираме там, където има специалисти и техника, защото там се прави медицина. Да не Ви дава Господ да попаднете в болница, в която няма специалист или техника. Нали си представяте как се прави операция, ако сутринта е дошъл хирургът, а анестезиологът - следобед. Първо ще Ви срежат и после ще Ви упоят или обратното. Затова ние не казваме, че ще закриваме болници, ние казваме, че ще финансираме от публичния ресурс, който всички...

Водещ: И тези, които не ги финансирате, ще очаквате да отпаднат.

- ... няма да финансираме лечебни заведения, ако има някаква сграда, където е сложена табела, че е болница и вътре в нея няма никой...

Водещ: Това не е ваша работа.

- Това не е... и не бива да е и Ваша. Това болница ли е?

Водещ: Не.

- Не е, нали? Не, не, аз познавам такива болници, където нещата са страшни.

Водещ: Така, добре, и кога според Вас това нещо ще даде резултат?

- Още с договорите, които предстои да сключи Здравната каса за следващата година, тези мерки ще бъдат взети. Ние нямаме време да отлагаме тази реформа, тъй като отложи ли се сега, първо, в период на криза тази реформа задължително трябва да се състои, тъй като ресурсът, финансовият, е ограничен. Второ, тя е отлагана толкова пъти по политически причини, че ако в началото на мандата на едно реформистко правителство подобна реформа не се състои, може би и мандатът на това правителство ще бъде пропуснат. Така че още до края на годината усилено се работи по налагането на тези два, казвам елементарни, критерия, по които да се сключват договори от следващата година, и ще бъдат сключени с лечебни заведения за съответните клинични пътеки...

Водещ: Значи, вие си запазвате така наречената «ръководна роля на партията и правителството» чрез едната Здравна каса и оттам насетне много хиляди неща мога да Ви изброя. Мога да Ви кажа, че ще бъдат сключвани договори само с определени лечебни заведения, че с други няма да бъдат сключвани договори, въпреки че те отговарят на някакъв критерий и т.н., и т.н. Вие просто създавате централизирана система, г-н Горанов, това е. Централизирана система. Вие задържате здравеопазването в тоя вид, в който то вече девет години доказва, че не може да функционира.

- Не е така, г-н Цветков. Защото за девет години от близо 250-260 договора с лечебни заведения те нараснаха на над 400 и продължават да растат. Не мога да се съглася, че, пак казвам, единствено монополът на Касата е проблемът. Въпреки че това е един сериозен дебат и за него трябва повече време, добре, приемаме, че от утре правим демонополизация на осигурителната каса. Тогава изникват най-малкото два въпроса -

на какъв принцип и точно за кой ресурс, защото той е ограничен, нали, държавата преразпределя, ще намесим и още няколко фонда, които да извършват същата преразпределителна функция. И тогава един дефицит ще бъде разпределен на шест места, и тогава вместо държавата да се опитва да решава проблема на една здравноосигурителна каса, тя ще трябва да търси и да решава проблема на шест такива, като същевременно, както стана при пенсионните фондове, ще се плащат огромни допълнителни разходи за издръжка. Тъй като всичките тези шест каси трябва да имат регионални звена във всичките 28 области, трябва да назначат експерти, които да обработват...

Водещ: Това си е тяхна работа. Вие пускате пазара, разбирате ли? Щом частникът дойде, той ще се оправя сам. Трябва да му сложите критерии и да му кажете: «Ти, примерно, колко пациенти имаш?», или, да речем, колко...

- Частникът е дошъл. Касата има огромен брой договори за лечебна дейност и медицински услуги с частници. Частникът на практика е дошъл и той е дошъл, за да приватизира печалбата. За държавата остава ролята да национализира загубата. И именно това ние трябва да се опитваме като целенасочена държавна политика да избегнем. За съжаление, през последните девет години, въпреки че се смениха много правителства с реформаторски намерения, една проста здравна карта не се изработи - да се каже къде ще има лечебно заведение, с какъв размер, с какви вътре отделения и с какви профили...

Водещ: Вие ще я изработите, да.

- Първото нещо, и по него се работи, е здравната карта, но за да не се губи време, ние ще приложим елементарните критерии за финансиране на лечебното заведение.

Водеща: Кога ще се усети този ефект от страна на хората, които отиват в болница?

- Ефектът се усеща ежедневно. Аз мога да Ви дам пример, че...

Водеща: Не, от тези реформи, които искате да направите?

Водещ: Вие ще ни накарате да отворим телефона и да усетите ефекта. Ще усетите много бързо ефекта.

- Със сигурност, ако кажа на хората, че номинално разходите за болнична помощ от 2007 година от милиард и четиристотин милиона лева през 2009 година ще бъдат милиард и 900, хората няма да разберат къде са отишли 500 милиона повече, защото със сигурност и тогава, и сега достъпът до здравеопазване в една малка или в една средна болница не се е променил, нали?

Водещ: Да.

Водеща: Да, но от тази реформа, която искате да направите, кога ще усетят хората, които ползват здравни услуги, плюсовете от това нещо?

- Плюсовете са, че хората ще попадат на места, където има медицински...

Водещ: Дайте срок, срок, срок. Дайте срок. Срок - за да може да Ви поканим на края на срока пак да си поговорим.

- До средата на годината ефектът ще бъде усетен.

Водещ: До средата на 2010 година?

- До средата на 2010 година.

Водещ: Добре. Багодаря Ви.

Владислав Горанов: *БЮДЖЕТЪТ Е КОНСЕРВАТИВЕН ДОТОЛКОВА, ДОКОЛКОТО НЕ ЗАЛАГА НА НЕРЕАЛНИ ИЛЮЗИИ*

Българско национално радио,
Програма "Хоризонт",
"Нещо повече", 3 декември, 2009 г.

Водеща Юлияна Стоянова: След 17-часови дебати парламентът рано тази сутрин прие републиканския бюджет. Днес депутатите продължиха с гледането на бюджета на Държавното обществено осигуряване и на Здравната каса. Тези два законопроекта дават отговор на два простички въпроса - ще има ли пари и колко - за пенсионерите и социално слабите, и за болните. За това какво може и какво не може да си позволи хазната догодина ще говорим със заместник-финансовия министър и председател на Управителния съвет на Здравната каса Владислав Горанов. В студиото вече е и репортерката Нели Тодорова. Добър ден.

Владислав Горанов: Добър ден.

Водеща: Тъй като до момента говорихме за Коледа, ако мога да направя връзка между двата разговора. Твърдо ли няма да има коледни надбавки към пенсиите, г-н Горанов?

Вл. Горанов: На този етап изпълнението на

публичните финанси не ни дава основания да мислим, че ще можем да направим това.

Репортерка: Добре, г-н Горанов, да минем към нещата, които се случват днес. Доколко сигурни са приходите в бюджета? Какви са основните рискове? И за новината отпреди около час, за упрека от страна на БСП и за намерението да се сезира Конституционният съд заради това, че не са разписани детайлно и конкретни буфери в бюджета.

Вл. Горанов: По отношение на приходната част, безспорно всяка една прогноза е хипотеза за развитие на икономиката и това, което ще може държавата да събере и преразпредели през бюджета. Така или иначе прогнозата, която сме направили за следващата година е със сигурност много по-реалистична от прогнозата, с която работим в 2009 година, тъй като. . .

Репортерка: Тази година бяхме с розови очила.

Вл. Горанов: ... над 7.5 милиарда е неизпълнението на приходната част и предизвикателствата за постигане на балансирано бюджетно салдо са доста сериозни.

Водеща: Да, но същевременно от БСП и от ДПС ви обвиниха, че бюджетът е консервативен.

Вл. Горанов: Бюджетът е консервативен дотолкова, доколкото не залага на нереални илюзии. Те предлагат да постъпим по същия начин, по който постъпиха през предходната година - да заложим едни нереални приходи, за да можем да обещаем едни разходи, и впоследствие, през годината, да увеличим дефицита. Всъщност те имаха една основна критика към бюджета, говоря за опозицията - че бюджетът не следва да бъде толкова добър, колкото е всъщност. Тоест, че той трябва да бъде с по-голям дефицит.

Репортерка: Можем ли да уточним нещата около намерението на БСП да сезира Конституционния съд заради онзи член с буферите в бюджета, където е записано, че може да се намаляват разходи по решение на правителството, при положение че не влизат очакваните приходи, но пък нищо конкретно не е записано?

Вл. Горанов: Онзи член, чл.17 по-конкретно, опозицията нормално може да твърди и тя има право да има всякакви съображения, но той е комплекс от няколко норми, които дават право на правителството да спази фискалната рамка при гарантиране на основните социални функции на държавата. Основната критика беше насочена към параграф 28, параграф 29 и член 17. Или по-конкретно - параграфи 28 и 29 гарантират изпълнението на разходната част на бюджетите на НЗОК и на бюджета на ДОО, като същевременно член 17 казва, че правителството има право да се самоограничи. Тоест, ако има някакъв аргумент...

Репортерка: Но, не се казва ясно с колко...

Вл. Горанов: ... ако има някакъв аргумент за противоконституционност, той би бил състоятелен тогава, когато едно правителство се опитва да направи някакви разходи, които не са одобрени от парламента, тоест, когато правиш разходи, които не са ти гласувани от парламента. Това, което предлага тази система от текстове, е, че ние ще спазим фискалната позиция и същевременно ще гарантираме изпълнението приоритетно на точно тези разходи, които смятаме за най-малко възможни за гъвкавост - разходите, свързани с гарантиране на социалните функции. Именно изплащаните разходи за лечението на българските граждани през Здравноосигурителната каса и разходите, свързани с гарантиране на пенсионните права и въобще на социалноосигурителните права, тоест разходите, които прави ДОО. И лично аз не виждам нищо лошо в това - правителството да си даде възможност, да си предвиди законова възможност, ако по някакъв начин, защото е криза и в криза несигурността е по-висока, отколкото в нормално развитие на икономиката, в криза да даде ясен сигнал, че каквото и да се случи...

Репортерка: Ако се свият приходите, ще реже разходи.

Вл. Горанов: ... каквото и да се случи, ако разходната част на тези два фонда, които не са част от държавния бюджет, но пряко зависят от постъпленията в него, че правителството ще се ограничи в републиканския бюджет, но ще гарантира изпълнението на пенсиите на гражданите и лечението им.

.....

Водеща: Последният ми въпрос, г-н Горанов, е за бюджета на НЗОК. Мисля си, не че парите там са достатъчни, за здраве парите като че ли никога не са достатъчни, но там основният проблем не е липсата на пари, а това, че те

изтичат в пясъка просто ей така. Преди години помня, пък и Вие работехте, мисля, тогава във финансовото министерство, имаше един доклад, финансовият анализ в който показваше, че българинът трябва да има поне по три бели дроба. Толкова пневмонии са лекувани. Има ли възможност това да се спре, за да спрат да изтичат парите?

Вл. Горанов: Конкретните примери по отношение на неефективно разходване на средства от Здравната каса могат да бъдат безброй. Наистина се изисква решителност и доста сериозна политическа самоотверженост, за да се предприеме тази реформа, която до голяма степен с днешното гласуване партия ГЕРБ подкрепи - финансиране на действително качествено медицинско обслужване, а не на сгради, в които няма специалисти и няма апаратура. Ние, и то още, надявам се, всъщност не надявам се, а правим всичко възможно и има създадена организация, още в рамките на 2009 г. до края ще утвърдим новите правила, по които ще се сключват договори от Здравноосигурителната каса и договори за болнична помощ ще се сключват с тези лечебни заведения за болнична помощ, които наистина осигуряват медицина. Защото какъв достъп до медицина или до болнично обслужване и грижи е попадането на място, където нямаш специалист и нямаш техника. Това е заблуждаващ достъп до медицина, заблуждаващ достъп до медицинско обслужване и проблемът на този достъп е, че той е вреден за здравето, защото, когато си в едно спешно състояние и те закарат с автомобил, бил той личен или с реанимобил, в т.нар. болница, в която твоето състояние не може да бъде разрешено, то тогава...

Водеща: Всъщност рискът е по-голям. По-добре да я няма тази болница.

Вл. Горанов: По-добре тази болница да я няма, за да се знае, че ти трябва веднага да отидеш до някое, макар и малко по-отдалечено лечебно заведение, където обаче твоето състояние ще бъде разрешено, отколкото ти, особено спешните състояния, да попаднеш на място, където по график анестезиологът идва сутрин, а хирургът следобед. Нали си представяте, ако трябва да се извърши спешна хирургическа операция в някоя малка болница...

Репортерка: Без анестезиолог, да.

Вл. Горанов: ... защото съм гледал такива примери, където те по договор със здравноосигурителната каса са посочили, че специалистът анестезиолог идва следобед, а специалистът хирург идва сутрин. И тогава задавам въпрос: първо ще Ви срежат и след това ще Ви упоят или обратното - вечерта ще Ви упоят и ще чакате цяла нощ на следващия ден да Ви бъде извършена хирургическата операция?

Водеща: Поредни абсурди, които трябва да разрешаваме. Разговаряхме със заместник-финансовия министър Владислав Горанов.

(със съкращения)

БЪЛГАРИЯ В ЕВРОПА

ПРОМЕНЕН Е РЕДЪТ ЗА ИЗДАВАНЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ ФОРМУЛЯРИ Е 104

В рамките на здравното осигуряване формуляр Е 104 се издава за сумиране на здравноосигурителни периоди, което дава възможност лице, което започне да се осигурява в друга държава членка на ЕС, ЕИП или Швейцария, да придобие здравноосигурителни права в резултат на признаване на предходния му осигурителен стаж. При завръщане в България лице, което се е осигурявало в друга държава членка, представя в териториалната дирекция (ТД) на НАП формуляр Е 104 и придобива здравноосигурителни права след обработването на формуляра. По този начин не се налага да бъде следвана предписаната в Член 40а на Закона за здравното осигуряване процедура: осигуряване в течение на 6 последователни месеца, или еднократно заплащане на 12 здравноосигурителни вноски.

От 1 януари 2010 година формуляр Е 104 ще бъде издаван от ЦУ на НЗОК само за нужди, свързани с основното му предназначение:

• За сумиране на здравноосигурителни периоди, придобити в една държава членка, към здравно-

осигурителни периоди в друга държава членка - с цел влизане в здравноосигурителната система на другата държава и за гарантиране непрекъснатост на правата;

• За доказване на приложимото здравноосигурително законодателство за пенсионери с право на пенсия в повече от една държава членка;

• При поискване от осигурителна институция на друга държава членка по съответно установения в ЕС служебен ред (с формуляри Е 107 или Е 001) - с цел удостоверяване на завършени здрав-ноосигурителни периоди в България.

Заявленията за издаване на Е 104 могат да се подават лично, от родител или пълномощник, или да се изискват служебно от съответния здравен фонд в държавата членка (с формуляри Е 001 или Е 107) - в деловодството на НЗОК или РЗОК, по пощата, по факс, или чрез електронно съобщение (e-mail).

Преди подаването на заявления за Е 104 в деловодството на НЗОК, заявителите ще бъдат консултирани от служител от дирекция ЕИМС в НЗОК, а при възможност - от съответните служители в РЗОК, обработващи европейските формуляри.

За допълнителни разяснения се обръщайте за съдействие към дирекция ЕИМС в ЦУ на НЗОК (тел. 02/ 965 9116) и към международните отдели на съответните компетентни осигурителни институции в държавата по престоя.

НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА ВРЪЧИ СЕРТИФИКАТИ НА СТАЖАНТИ ОТ ФРАНЦИЯ

На 13.11.2009 г. в сградата на Централното управление на Националната здравноосигурителна каса и.д. директор на институцията инж. Александър Огнянов връчи сертификати за успешно проведен международен стаж на четирима стажанти от Висшата национална школа за социална сигурност (1´EN3S) в гр. Сент Етиен, Франция.

Обучението у нас се провежда за трета поредна година. Целта е стажантите да се е запознаят с организацията на социалната и здравна защита в приемащата страна, както и да се направи сравнителен анализ с най-добрите европейски постижения и анализ на практиките в приемащата институция. Темата на обучението е „Борбата срещу злоупотребите: принципи и организация".

Преди пребиваването си в България стажантите са преминали три етапа на обучение във Франция:

- публична политика на френското социално осигуряване - участници и организационни рамки;
- техники на управление на социалноосигурителните организации;
- екипно управление и стратегически пилотаж (петседмичен стаж във френска социалноосигурителна институция).

В НЗОК групата се запозна с работата на основните дирекции, които осъществяват финансов и медицински контрол на договорните партньори. Стажантите ще посетят и Районната здравноосигурителна каса (РЗОК) в Стара Загора.

Освен с дейността на НЗОК, френските стажанти се запознаха и с работата на Националната агенция за приходите (НАП) и на Националния осигурителен институт (НОИ).

НОВИЯТ ЕВРОКОМИСАР ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО Е ДЖОН ДАЛИ

Джон Дали от Малта ще бъде новият еврокомисар по здравеопазване и защита на потребителите, съобщи пресслужбата на Европейската комисия.

Дали е били два поредни мандата (1992-2004) министър на финансите в Малтийското правителство. От 2004 година е избран за министър на външните работи на страната, но три месеца по-късно се оттегля от министерското кресло заради скандал, свързан с договори за медицинско оборудване, докато е бил министър на финансите.

През 2008 година Джон Дали поема поста на министър на социалната политика. В края на 2009 година парламентът го номинира за еврокомисар в екипа на Барозу.

Новият еврокомисар стана известен с модернизирането на данъчната система в Малта чрез въвеждането на ДДС в страната през 1994 година.

Досегашният здравен еврокомисар - г-жа Андрула Василиу поема образованието, културата и многоезичието.

СПОРЕД ЕВРОПЕЙСКА АНКЕТА БЪЛГАРИТЕ СЕ САМООЦЕНЯНВАТ КАТО ЗДРАВИ, НО ЧЕСТО СЕ ЛЕКУВАТ В БОЛНИЦА

Изненадващо България се подреди в първата десятка сред анкети в 19 страни от ЕС по брой на

хората, които определят здравето си като добро и много добро. Това показва сравнително проучване за Европа, проведено у нас през октомври и ноември 2008 година от Националния статистически институт (НСИ), с финансовата подкрепа на "Евростат".

Българите обаче рядко си правят профилактични прегледи, а и не полагат грижи да подобрят здравето си.

Над 70% от мъжете и близо 65% от жените отговарят в анкетата, че са в добро здраве на въпроса: "Как най-общо определяте Вашето здраве?". Едва 6.5% от мъжете и 10.6% от жените смятат, че здравословното им състояние е лошо.

От друга страна обаче, българите лидират по болничен престой - според документацията всеки четвърти нашенец е влизал в болница през изследваната година. Страната ни е на първо място по хоспитализации в Европа. През 2008 година, по данни на лечебните заведения, в болница у нас са лекувани 24 на 100 души от населението. По данни на Световната здравна организация за 2006 година честотата на хоспитализациите в страните членки на ЕС е едва 18 на 100 души. Според експертите това потвърждава тезата на българското здравно министерство и на Здравната каса, че всеки трети (30%) пациент е настаняван в болница, макар че е можело да се лекува и вкъщи.

Като хронично болни се самоопределят почти половината българки. Данните за субективната оценка на здравето се влияят от възрастта, категорични са експертите - почти 95% от младите (15-24 годишни) се определят като напълно здрави, а с увеличаване на възрастта този дял намалява. Наличие на хронично заболяване или на здравен проблем декларират 33% от мъжете и 41.7% от жените в страната ни. От Националния статистически институт обаче уточняват, че конкретният въпрос към анкетираните е бил: дали имат хронично заболяване, а не дали страдат. Това означава, че в бройката са включени и пациенти с успешно контролирано заболяване, което не представлява проблем за тях.

По този начин ние, българите, се класираме на 10-о място сред 19 държави. Най-болни се чувстват хората в Португалия - там едва 3.2% от мъжете и 2.4% от жените определят здравето си като много добро. Най-висок е делът на лицата, оценили здравето си като много добро, в Ирландия (над 50% от анкетираните), следвана от Гърция, Кипър и Швеция.

Най-разпространеното хронично заболяване е хипертонията - 23.3% от населението, или 1 529 311 души, имат високо кръвно налягане, сочат данните от изследването. Това се потвърждава от националната статистика за причините за смъртността, както и от разпределението на разходите на Здравната каса. В почти всички случаи заболяването е диагностицирано от лекар и се е проявявало през последните 12 месеца преди изследването. Хипертонията е по-разпространена сред жените (25.9%), отколкото сред мъжете (20.4%). Сред лицата във възрастта над 65 години повече от половината от анкетираните са с този проблем.

На второ място сред заболяванията у нас е исхемичната болест на сърцето с 8.3%. Следва артритът със 7.5% от анкетираните, диабетът с 4.3% и ракът с 1%.

Българите обаче са безгрижни към здравето си. Някои от тях (4.1%) дори не посещават специалист и не постъпват в болница, въпреки препоръката на лекар.

През 2008 година към общопрактикуващ лекар са се обръщали близо 66% от жените и 52% от мъжете у нас.

На преглед при зъболекар са ходили едва 31.5% от анкетираните, въпреки че всеки българин има право на две манипулации - вадене на зъб или пломба. Всеки двадесети е заявил, че никога не е търсил услугите на стоматолога.

Близо 2.5 млн. са пушачите у нас, алкохол пият почти всички, като около 10% от мъжете правят това всеки ден.

С наднормено тегло, включително затлъстели, са 56.7% от мъжете и 43.0% от жените. Това означава, че около 1.5 млн. мъже и 1.3 млн. жени в България над 15-годишна възраст са дебели.

Доста от мъжете (39.2%) и много малко (13.5 %) от жените твърдят, че спортуват активно, но не става ясно какво разбират под това. Най-широко прилаганата профилактична мярка сред населението е измерването на кръвното налягане - поне веднъж годишно са го правили 77% от анкетираните.

Влошеното здраве влияе върху разходите за здравеопазване, отсъствието от работното място

и намаляването на производителността, показват още данните от Европейското здравно интервю, проведено и в България. През 2008 година средно 14.3% от интервюираните (13.1% от мъжете и 15.7% от жените) са отсъствали от работа поради здравословни проблеми.

ДЕВЕТ ДЪРЖАВИ БЛОКИРАХА ПРАВОТО НА ИЗБОР НА ЛЕЧЕНИЕ В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

На 1 декември здравните министри на Европейския съюз са отхвърлили проекта за здравна директива, която би гарантирала свободен избор на пациентите до лечение в страните от ЕС, покривано от здравните им вноски в родината. Девет страни са се противопоставили остро на някои от предложенията в проекта на Еврокомисията, който беше внесен за обсъждане през 2008 година. Испания и Унгария са били сред най-яростните критици на документа, а освен тях срещу предложението са се обявили Ирландия, Португалия, Румъния, Словакия, Словения, Гърция и Литва. Швеция, която в момента председателства ЕС, до последно се е опитвала да постигне компромис, но и последните преговори за това са се провалили.

Здравните министри на страните членки дебатираха по темата още в първия ден от влизането в сила на Лисабонския договор. Според неговите разпоредби дискусията трябваше да бъде публична и затова тя беше излъчена на живо онлайн. След дебатите стана ясно, че директивата не се приема и не е ясно каква ще бъде съдбата ѝ в близко бъдеще. Основният проблем са праговете, по които националните здравни институции (т.нар. каси) ще покриват разноските на пациентите за лечение в друга страна от Европейския съюз.

Според досегашния еврокомисар по здравеопазването - Андрула Василиу, въпросът остава на дневен ред за следващата Европейска комисия, но поради невъзможността да се постигне единомислие, не е изключено предложението да бъде оттеглено изцяло.

В момента държавите от Европейския съюз изразходват за лечение в чужбина средно по 1% от публичните средства за здравеопазване. Услуги в чужбина търсят предимно пациенти с редки заболявания, както и живеещите в пограничните райони. Европейската комисия е изчислила, че приемането на предлаганата директива би повишило разходите с 90 млн. евро годишно, от които около две трети ще отидат за административни разходи.

Държавите членки на ЕС обсъждат трансграничното здравеопазване още от 2003 година. Първият опит за изработване на нормативна уредба на европейско ниво се провали - здравеопазването беше извадено от европейската директива за либерализирането на услугите, приета през 2006 година, защото трябваше да стане обект на отделен документ. През юли 2008 година беше огласен проектът на директивата за трансграничното здравеопазване. Дали усилията за постигане на единомислие по въпроса да бъдат подновени - това вероятно ще е един от основните въпроси пред новия европейски комисар по здравеопазването - Джон Дали.

ЕВРОПЕЙСКАТА КОМИСИЯ ВЗЕМА МЕРКИ СРЕЩУ ТЪРГОВИЯТА С ФАЛШИВИ ЛЕКАРСТВА

Търговията с фалшиви медикаменти в Европейския съюз надхвърли най-големите ни страхове, заяви на нарочна пресконференция еврокомисарят по индустрията Гюнтер Ферхойген. Той добави, че Европейската комисия е много загрижена за ситуацията и очаква Европейският съюз да предприеме мерки за борба с фалшивите лекарства.

Еврокомисарят отбеляза, че търговията с незаконни медикаменти трябва да се счита за сериозно престъпление и да бъде сурово наказвана.

През юни 2009 година здравните министри на Европейския съюз приеха план, целящ да спре навлизането на фалшиви медикаменти на пазара. Той включва повече мерки за сигурност при пакетирането, включително бар кодове и холограми, както и по-затегнат контрол при доставчиците.

В ЕС са заловени 32 млн. фалшиви медикамента, като броят на закупените фалшификати непрекъснато расте. За разлика от копията на лекарства, които се правят със специално разрешение, ментетата могат да причинят сериозни вреди за здравето на човека. Основно се фалшифицират: антибиотици; лекарства против рак и малария; лекарства, понижаващи холестерола; болкоуспокояващи, както и виагра.

През ноември Интерпол проведе специална

операция срещу незаконната търговия с лекарства, в хода на която бяха открити 751 сайта, осъществяващи незаконна дейност. Бяха конфискувани близо 167 000 лекарства ментета.

.....

"Европейската комисия потвърждава, че на 9 декември е направила изненадващи посещения в офисите на редица компании, които са активни във фармацевтичния сектор в редица европейски страни на ЕС", се посочва в нарочно комюнике на т.нар. Европейско правителство. Според досегашната практика от Комисията не се уточнява колко и кои са засегнатите компании.

РАЙОННИТЕ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ КАСИ

В рубриката са използвани текстове, изпратени от звената за работа със здравноосигурените граждани и за връзки с обществеността в съответните районни здравноосигурителни каси за периода април – ноември 2009 година.

ВАРНА

През април бяха приети 781 телефонни обаждания и са направени 432 консултации на граждани в приемната. Общият брой на постъпилите сигнали беше 1223.

През месец май телефонните обаждания бяха 750, а консултациите в приемната - 520. Общият брой сигнали беше 1270.

През юни телефонните обаждания бяха 820, а консултациите - 640. Общият брой сигнали беше 1460.

През юли телефонните обаждания бяха 780, а консултациите в приемната - 520. Броят постъпили сигнали беше 1300.

През август телефонните обаждания от страна на граждани бяха 681, а консултациите в приемната - 532. Общ брой на постъпилите сигнали: 1221

През септември телефонните обаждания бяха 500, а консултациите в приемната - 400. Общият брой постъпили сигнали беше 900.

През октомври телефонните обаждания бяха 900, а консултациите в приемната - 500. Общият брой сигнали беше 1400.

През целия разглеждан период най-често задаваните въпроси от граждани бяха по следните теми:

Относно издаването на ЕЗОК и на удостоверения, временно заместващи ЕЗОК:

- регистрация на чужденци в българската здравноосигурителна система;
- запитвания във връзка с формалностите по издаване на документите;
- възможностите, които предоставя ЕЗОК в България и в страните от ЕС;
- възобновяване срока на валидност на ЕЗОК.

Гражданите предлагат да се въведе отново експресен срок за издаване на ЕЗОК, което би намалило обема на временните удостоверения, издавани от РЗОК.

Относно задължителното здравно осигуряване:

- механизъм за проверка на здравноосигурителния статус;
- възстановяване на здравноосгурителни права - условия, ред и срокове за погасяване на здравноосигурителни вноски;
- категории лица, които са задължително осигурени в България;
- запитвания на чужденци, които не са граждани на ЕС, трайно пребивават във Варненска област, но все още нямат статут на постоянно пребиващи - как да се включат в българската здравноосигурителна система;
- как да се включат в системата на НЗОК членове на семействата при смесени бракове.

Гражданите настояват за хармонизиране на нормативната уредба у нас с европейските принципи в областта на задължителното здравно осигуряване.

Често се декларират предложения за създаване на възможност неосигурените лица, които не са граждани на ЕС, да черпят осигурителни права в България от член на тяхното семейство, който е с непрекъснати здравноосигурителни права в страната.

Регистрирани са оплаквания по повод сведения в справки на РЗОК и НЗОК за ползвани медицински услуги в период, когато лицето е било извън страната.

Хората настояват да се въведат строги санкции от страна на Касата за изпълнителите на медицинска помощ, които отчитат нереално извършени дейности.

В РЗОК има и сигнали на граждани, определящи като несправедлива спрямо тях ситуацията, която ги лишава от възможност за опрощаване на задължения, или за връщане на внесени здравноосигурителни вноски в България за перод, през който те са били осигурени в чужбина.

Има предложения децата на инвалидите, които полагат грижи за родителите си (с над 90% загубена работоспособност и постоянно нуждаещи се от чужда помощ), също да се осигуряват за сметка на републиканския бюджет (т.е. предлага се допълнение на чл.40, ал.3, т.9 от ЗЗО).

Относно потребителската такса и таксата за вземане на биологичен материал в лаборатория:

- запитвания във връзка с Приложение № 14 на НРД;
- оплаквания на пациенти (бременни, инвалиди, медицински работници и др.) от лекари, които не признават правото им на освобождаване от потребителска такса. *Най-често се жалват възрастни лица над 60/63 години, от които се взема пълният размер на таксата.*

Хората сигнализират, че на видно място в лекарските кабинети стои надпис "Потребителска такса се дължи при всяко посещение", без да се уточнява в какви случаи.

В много лечебни заведения списъкът на освободените от таксата не е поставен на видно място.

Пациентите предлагат списъкът с освободените от заплащане на такса за вземане на биологичен материал да бъде разширен.

Масово не се издава касов бон при заплащане на такси.

Гражданите предлагат да се предприемат по-енергични и ефикасни подходи за съвместен контрол с НАП.

Относно диспансеризацията и профилактичните прегледи:

- многобройни запитвания за справка в чия диспансерна листа е записано конкретно здравноосигурено лице;
- недоволство на пациенти от промените в Наредба № 39, респ. Приложения № 8 и № 9 към НРД - относно преминаването на определени диагнози за наблюдение от лекар специалист към общопрактикуващ лекар. Пациентите се опасяват, че това ще ги лиши от качествено и адекватно наблюдение.

Относно диагностично-лечебната дейност в първичната извънболнична медицинска помощ:

- оплаквания от липса на направления за МДД и за консултация със специалист;
- личните лекари отказват издаване на направление, под предлог за недостатъчен брой регулативни стандарти - оправдаване с Касата;
- оплаквания на пациенти по повод отказ на лични лекари за посещение в дома, особено след промените в дейността на общопрактикуващите лекари, във връзка с изменението на Наредба № 40 на Министерството на здравеопазването;
- изискване за заплащане на транспорт и манипулации при посещение в дома на пациента - често това е условието за извършване на преглед или манипулация в дома на пациента;
- общопрактикуващ лекар не информира адекватно пациента (има случаи, в които се съобщава, че самият лекар не е запознат с въпроса и изпраща пациента в РЗОК за информация);
- общопрактикуващ лекар не координира лечението на болния с други специалисти;
- лекар насочва пациента към конкретен специалист или аптека (незачитане правото на свободен избор).

Относно лекарствената политика:

- реимбурсен списък на НЗОК (дозировки, изписване на лекарствата);
- програми за скъпоструващо лечение;
- проблеми с намирането на лекарства от списъка на НЗОК в аптеките;
- оплаквания от необходимостта за доплащане на лекарства за домашно лечение;
- оплаквания по повод неудобства, свързани с издаването на тройните рецепти;
- многобройни запитвания за процедурата „in-vitro";
- оплаквания на пациенти във връзка със следните проблеми:

• Затруднения при утвърждаване на тримесечните рецепти във връзка с различните видове опаковки;

• Често личните лекари не изчисляват прецизно назначените лекарства и принуждават пациента да купува сам необходимите количества, които не

достигат до следващият период на изписване (лични лекари записват пациента в график точно на 30 или на 90 дни);

• Хронично болните, на които предстои пътуване или санаториално лечение в друг район, не могат да вземат предварително лекарствата си и/или да ползват предимството на тримесечната рецепта - т.е. налага се въвеждане на свободен достъп до аптеки в цялата страна;

• Когато е предписано лекарство в голяма опаковка и след преминаване през етапа „единична рецепта" (с оглед доказване поносимостта към препарата), ако впоследствие се наложи корекция в терапевтичната схема или смяна на лекарствения продукт, пациентът се принуждава да изчака изтичане на периода до новото изписване или сам да закупи лекарството;

• При смяна на личния лекар има разминаване в Рецептурната книжка;

• За редица болести (показателен е случаят с Болестта на Паркинсон), новите критерии за лечение изискват прегледи и изследвания, които надхвърлят предвидените обеми при диспансеризация - т.е. налага се обвързване (синхронизиране) на Приложения № 8 и № 9 към НРД с критериите за лечение.

- проблеми при отпускане на лекарства:

- пациентите изказват недоволство от факта, че в аптеките се записва не само ЕГН, но и данни от личните карти;

- затруднения при намиране на предписаните лекарства поради отказ на аптеките да зареждат лекарствени продукти, за които трябва предварително да заплатят значителна сума;

- оплаквания, че лекарства в опаковка с 28 таблетки не могат да се отпускат от аптеката преди изтичане на 30-дневния срок, поради проблеми с информационната система (когато въпросното лекарство е изписано на тройна рецепта);

- оплаквания поради необходимостта от доплащане;

- чести сигнали за поскъпнали лекарства (спрямо стария лекарствен списък на НЗОК);

- оплаквания във връзка с доплащане на по-големи суми през два последователни месеца - за едно и също лекарство, в една и съща аптека;

- оплаквания за вземане на 3 потребителски такси при изписване на тройна рецепта;

- оплаквания във връзка с доплащането на лекарства, за които в лекарствения списък определеният процент за НЗОК съвпада с референтната стойност - т.е. би трябвало лекарството да е напълно покрито от Касата.

- оплаквания, че в медиите и на сайта на Министерството на здравеопазването няма информация: кой, при какви условия и колко заплаща над процентното намаление на НЗОК.

Относно диагностично-лечебната дейност в първичната извънболнична медицинска и дентална помощ:

- цени, които здравноосигуреният доплаща за дентална помощ;

- предложения НЗОК да реимбурсира зъбни протези и коронки;

- оплаквания за отразяване на дентална дейност в здравната книжка, без тя да е реално извършена;

- оплаквания за отказ от обслужване на неотложни случаи срещу ЕЗОК.

Относно диагностично-лечебната дейност в специализираната извънболнична медицинска помощ:

- оплаквания, че масово лекарите специалисти изискват ново направление от личния лекар за продължаване на диспансеризацията през 2009 година;

- жалби, че при отсъствие на лекар специалист няма определен заместник, който да поеме работата му (пациентите са лишени от възможност да се явят на вторичен преглед).

Относно болничната помощ:

- в лечебните заведения за болнична помощ за лечение по клинична пътека от пациента се изисква заплащане или набавяне на консумативи, без да има такова изискване в КП;

- оплаквания от пациенти и от лични лекари, че болниците връщат гражданите към тях за предварителни изследвания и консултации;

- неиздаване на епикриза в деня на изписване на пациента от лечебното заведение;

- непризнаване правото на контролен преглед и често препращане към частния кабинет на лекуващия лекар.

Гражданите дават следното предложение: проверки да се извършват и по време на болничния престой, след подаден сигнал от страна на близък на пациента, но при запазена анонимност пред болничния персонал.

Има многобройни оплаквания от пациенти, на които предстои смяна на тазобедрена става, че масово в болниците се изисква предварително заплащане на ставата (често на

пациента се обяснява, че сумата ще бъде възстановена от Касата, и че болницата работи само с вносни стави).

Има предложения НЗОК да заплаща лещите при офталмологични операции.

Има също предложения НЗОК да заплаща остеосинтезните материали при ортопедични операции.

Относно експертизната дейност:

- при необходимост от ВСД и консулти, изисквани от ТЕЛК с писмо при преосвидетелстване, насочване на пациенти към личния лекар за направления;
- неприемане на талон № 6 за ЛКК от специалистите и изискване на направление № 3 за консултация и съвместно лечение.

Пациентите предлагат ревизия на Наредбата за медицинска експертиза на работоспособността, както и ясни регламенти и по-ефикасен контрол.

Относно санаториалното лечение

- чести запитвания за балнеолечение по програми на НОИ (кои санаториуми са сключили договори с НЗОК по клинични пътеки. *Предложения за създаване в интернет страницата на НЗОК на обособена база данни с адресите на тези заведения);*
- търсенето в рубрика "Партньори на НЗОК и дейности" затруднява пациентите;
- оплаквания, че лекарите често не са запознати с процедурата за лечение по програми на НОИ.

Оценки, изводи, тенденции

През целия отчетен период сигналите на здравноосигурените се отнасяха до проблеми, с които те са се сблъсквали нееднократно.

Забелязва се приемане (макар и не с пълно съгласие) на установените нормативни изисквания и договорените възможности за медицинска помощ, както и съобразяване с икономическите и социални реалности в страната.

Има случаи, когато гражданите подчертават достойнствата на лекаря като специалист и точно затова за тях е много обидно той да не издава финансов документ, да изисква неправомерно потребителска такса или заплащане на манипулация.

Имената на някои лекари се споменават и за похвала и за оплакване.

Във връзка с относителния дял на най-многобройните сигнали се забелязва:

• Нарастване (като брой и процент) на сигналите, свързани със здравноосигурителните вноски.

• Нарастване на запитванията по темата "лекарства" (кръгът проблеми е разширен от запитвания за ранно изписване на лекарства - преди празниците и поради новия лекарствен списък), респективно - програмите за скъпоструващо лечение.

• Запазен е обемът на сигналите, свързани с болничната помощ. Тревога будят оплаквания от болници, които изискват пациенттите да заплащат неколкократно по-високи (от реалните) суми за консумативи, които НЗОК не заплаща.

• Нарастване на броя запитвания, свързани с ВСД и ВСМД - изследвания и дейности.

• Запазване на нивото на сигналите за нарушения в първичната извънболнична медицинска и дентална помощ и в експертизната дейност.

• Пациентите се ограничават с устни сигнали и не прибягват до подаване на писмени жалби.

• Има сигнали за лични лекари, които издават направления едва след изрично съгласие на пациента да посети конкретна лаборатория или специалист, посочен от лекаря, което нарушава правата на пациента за свободен избор.

• Някои пациенти смятат, че има лични лекари, които са задържащ „филтър" към достъпа до специалист.

• Бяха отправяни многобройни запитвания - кои точно категории лица са освободени от потребителска такса.

• Има значителен брой оплаквания за неправомерно изискване на потребителска такса и неиздаване на касов бон.

• Много са запитванията - кои граждани имат право на безплатни или частично заплатени лекарства.

• Хората питат защо е затруднен достъпът до специалист.

• Значителен брой запитвания са за пакета дентални услуги - поради неспазване на установения регламент от страна на денталните лекари, изискване на значително по размер доплащане, както и неиздаване на касов бон.

• Хората задават въпроси, свързани и с правата на инвалидите - възможностите им да ползват личен асистент и санаториално лечение.

Формулирано беше и предложение, свързано с потребителската такса - тя да се нарича "приемна", вместо "потребителска", поради това, че често не се "потребява" медицинска услуга, но

таксата се удържа (особено при изписване на лекарства).

Част от оплакванията на гражданите бяха потвърдени от констатации на контролните органи на РЗОК:

• Нарушения на изискванията за качество на договорените медицински дейности.

• Нарушения по изпълнение на обема договорена дентална помощ.

• Несъответствие между договорената по вид и обем, и оказаната медицинска помощ.

• Нарушения, свързани с диспансерното наблюдение на пациенти, съгласно Наредба № 39.

• Неоснователно изискване от здравноосигурените да заплащат или доплащат дейност, напълно или частично платена от НЗОК.

• Неспазване на установения ред за предписване на лекарства, заплащани напълно или частично от НЗОК.

През целия отчетен период се наблюдаваше активност от страна на гражданите за изискване на повече информация относно техните здравноосигурителни права.

По-малък в сравнение с предишни периоди е броят оплаквания. А това може би е индикация за:

• по-малко нарушения от страна на изпълнителите на медицинска и дентална помощ;

• отказ на пациентите да подават жалби, поради страх от влошаване на отношенията им с лекарите, или защото смятат, че този начин на отстояване на правата им не е достатъчно ефективен (често нарушенията не могат да бъдат доказани).

• повишена информираност на гражданите.

Каквито и да са причините, експертите на РЗОК се стремят да осведомяват коректно и в пълнота хората, да си сътрудничат с други институции в областта на зравеопазването - както по отношение на контролната дейност, така в медийната политика, като използват всички възможни канали за информиране.

ВРАЦА

От началото на 2009 година до 30 септември контролните органи в РЗОК са извършили общо 205 финансови и медицински проверки на изпълнители на медицинска, дентална помощ, болници и аптеки от областта.

От тях 62 са осъществени съвместно с експерти от НЗОК. При 147 от проверките са констатирани нарушения, а при 36 са установени неправомерно получени суми, които подлежат на възстановяване.

Вследствие на осъществения контрол на изпълнителите на медицинска, дентална помощ, болници и аптеки, са наложени санкции в размер на 214 678 лв. От тях 139 813 лв. са начислените санкции в извънболничната медицинска помощ и в болниците, а неправомерно получените суми, които подлежат на възстановяване от договорните на РЗОК партньори, са в размер на 74 865 лв.

За изминалите 9 месеца на 2009 година в РЗОК са постъпили 29 жалби на здравноосигурени, които се оплакват от работата на общопрактикуващ лекар, на медицински център, на изпълнител на дентална помощ, както и от качеството на оказано болнично лечение или отпускане на лекарства от аптека. По сигнали са проверени 12 лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ. След извършените проверки е установено, че 15 от жалбите са неоснователни, а 9 от сигналите са основателни с установени финансови нарушения от страна на лечебните заведения за медицинска помощ. Две жалби са пренасочени към други институции за отговори по компетентност. Най-често гражданите се оплакват в РЗОК, че е нарушено правото им на свободен избор на личен лекар, че не им се издават направления за консултации със специалисти. Те сигнализират и за неправомерно заплащане на потребителска такса при лекарите.

Най-честите нарушения, установени при общопрактикуващите лекари и при специалистите, са: нарушаване на задължението за налична, функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване; неспазване на графика за обслужване на пациентите; нарушения на установения ред за работа с отчетни документи; несъответствие между договорената по вид и обем и оказаната медицинска помощ; нарушения на изискванията за качество на договорените дейности и др.

По време на превантивния контрол на изпълнители на извънболнична медицинска помощ са отказани плащания за 56 110 лв.

Начислените санкции от извършените финансови и медицински проверки при изпълнителите на извънболнична медицинска и дентална помощ са в размер на 40 543 лв, а неправомерно получените суми, които подлежат на възстановяване, са 16 507 лв.

При извършените 25 финансови и медицински проверки на лечебни заведения за болнична помощ в областта са установени нарушения на установения ред за работа с документи по клинична пътека (епикриза, амбулаторен журнал и документ, отразяващ извършените диагностични и лечебни процедури). Проверени са 3643 истории на заболявания на пациенти, като при 1019 от тях са открити нарушения. По време на предварителния контрол в РЗОК експертите са отказали плащане по клинични пътеки за 116 236 лв. Причините са: лечение на неосигурени лица по клинични пътеки; отчетени повече пациенти, отколкото са регистрираните в болницата легла; рехоспитализации на пациенти по една и съща клинична пътека в рамките на 1 месец.

При медицинския контрол нарушенията са свързани още и с липсата на индикации за хоспитализация на пациенти; нелекуване на придружаващи заболявания, водещи до повторна хоспитализация на пациенти в рамките на един и същ месец; липса на контролни изследвания. За установените нарушения на болниците са наложени санкции в размер на 99 270 лв., а неправомерно получените суми, които подлежат на възстановяване, са 58 358 лв.

МОНТАНА

Към 31 октомври 2009 г. РЗОК е сключила 277 договора с изпълнители на извънболнична и болнична медицинска и дентална помощ, и с аптеки.

Извънболнична медицинска и дентална помощ

Здравноосигурените от областта ползват услугите на 104 общопрактикуващи лекари, от които 63 - на индивидуална практика и 41 - в групови практики, както и на 91 лекари по дентална медицина.

82 са сключените договори с РЗОК за осъществяване на специализирана извънболнична помощ. Броят на работещите на индивидуална практика е 51. Останалите са обединени в 12 групови практики. Медицинските и диагностично-консултативни центрове съответно са 9 и 1. Това е предпоставка за добро сътрудничество между специалистите в конкретно лечебно заведение и е гаранция за оказване на своевременна и качествена специализирана медицинска помощ.

РЗОК има сключени два договора с изпълнители на специализирана извънболнична дентална помощ - в Лом, както и с един дентален център в Монтана.

Клинико-лабораторните и рентгеновите изследвания на здравноосигурените в областта се поемат от 6 самостоятелни лаборатории за медико-диагностична дейност.

Съгласно действащия Национален рамков договор и Решение № РД-УС-04-17/20.01.2009 г., общопрактикуващите лекари, работещи в неблагоприятни условия в област Монтана, са: 33 индивидуално практикуващи и 7 - работещи в 3 групови практики.

Лекарите по дентална медицина също ще продължат да получават с 20% по-високо заплащане, ако работят в райони с неблагоприятни условия. В областта при такива условия към момента работят 14 дентални лекари.

НЗОК заплаща 100% денталното обслужване на пациентите, настанени в домове за медико-социални грижи и на временно лишените от свобода. РЗОК - Монтана има договори за служебен избор на стоматолог в:

- домове за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителски грижи - 3 (в Берковица, в Лом и в с. Георги Дамяново)
- оздравително училище - 1 (в гр.Вършец)
- домове за възрастни хора - 6 (в Лом, в с. Говежда, в с. Добри дол, в с. Горна Вереница и в гр. Вълчедръм)
- заведения за лишени от свобода - 1 (Поправителен дом в Бойчиновци)
- Лица, които се намират в ОЗИН - сектор „Арести"

Болнична помощ

По 207 от общо 298-те клинични пътеки, за които НЗОК изцяло заплаща, работят петте лечебни заведения за болнична помощ на територията на област Монтана, както и един диагностично-консултативен център в Лом. С най-големи възможности за предоставяне на болнична помощ е МБАЛ "Д-р Стамен Илиев" в Монтана, която има договор за 207 клинични пътеки. Следват болниците в Лом - 139 КП и Берковица - 65 КП. СБРНК "Св. Мина" в гр. Вършец е сключила договор с РЗОК за 5 клинични пътеки, а СБАЛНБ - „Св.Георги" работи по 13 клинични пътеки. Договор по една клинична пътека е сключен и с "ДКЦ - 1" в Лом.

Аптеки

- По действащия НРД и Решение № РД-УС-04-17/20.01.2009 г., РЗОК е сключила 28 договора с

аптеки за отпускане на лекарства, заплащани напълно или частично от НЗОК.

Хронично болни

Здравноосигурените от област Монтана, ползващи безплатни скъпоструващи медикаменти по протоколи IA и IB, са 194. Те са включени в 10 специализирани програми, утвърдени от НЗОК. Най-голям е броят на пациентите с диагнози "Хронична бъбречна недостатъчност" - 146 и "Множествена склероза" - 19. Броят на хората, които получават напълно и частично заплатени от НЗОК лекарства с рецептурни книжки, е 44 216.

Временни удостоверения за заместване на ЕЗОК

От началото на годината до 31 октомври РЗОК - Монтана е издала 273 временни удостоверения за заместване на ЕЗОК.

Контролна дейност

За периода от началото на годината до 31 октомври контролните органи на РЗОК са извършили 77 проверки (38 - тематични финансови, 33 - съвместни с НЗОК, 6 - по жалби). Проверките обхващат дейността на аптеки, на общопрактикуващи и дентални лекари, на специалисти от извънболничната помощ, както и на болниците - по клинични пътеки.

При двама от проверените лични лекари са констатирани нарушения на поетите задължения за налична, функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване; при трима е установено неспазване на графика за обслужване на пациентите и при девет - нарушения на установения ред за работа с първични медицински документи. При трима от специалистите на индивидуална практика са установени нарушения на поетите задължения за налична, функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване, и също толкова нарушения на установения ред за работа с първични медицински документи. Такова е установено и при две групови практики за специализирана медицинска помощ, а една от тях е санкционирана за неспазване на графика за обслужване на пациентите.

Констатираните нарушения при лекарите по дентална медицина се отнасят до неправилно водене и съхраненяване на първични медицински и отчетни финансови документи в амбулаторията, както и до нарушения по изпълнение на обема на договорената дентална помощ.

При проверките на аптеки, сключили договор с РЗОК, са установени нарушения при изпълнени рецептурни бланки в нарушение изискванията на чл.5, ал.1 от Индивидуалния договор, нарушения при попълване на задължителните реквизити в рецептурната бланка в момента на отпускане на лекарствените продукти (чл.13, ал.6 от ИД), нарушения при съхраняването и отпускането на лекарствени продукти с непоставена и нарушена отличителна маркировка за НЗОК, както и нарушения в спазването на условията за отпускане на лекарства, медицински изделия и диетични храни.

Резултатите от проверките по жалбите показват, че една от тях е неоснователна, а две не са от компетенцията на РЗОК (и съответно са препратени към компетентната институция).

В резултат на финансов и медицински одит в болниците са констатирани нарушения свързани с:

- нарушения на установения ред за работа с финансови отчетни документи
- нарушения на установения ред за работа с документ по клинични пътеки, епикризи, амбулаторен журнал, дневник за контролни прегледи
- несъответствие на договорената по вид и обем с оказаната медицинска помощ - при неизвършена дейност, включена в алгоритъма на КП.

Регулативни стандарти

Анализът на изпълнението на регулативните стандарти от страна на общопрактикуващите лекари и на лекарите специалисти показва увеличаване на броя на направленията за консултация (главно при диспансерните случаи). Поради намаления брой направления за консултация за четвъртото тримесечие на 2009 година, към края на октомври има подадени молби от 72 от общо 104-мата общопрактикуващи лекари и от 116 от общо 191 специалисти за увеличение на стандарта. Това прави около 70% от изпълнителите на ПИМП и 60% - от СИМП, искащи корекция на първоначално определените им стойности.

Здравноосигурителни плащания за 2009 година

Общо 2 895 586 лв. са здравноосигурителните плащания до 31.10.2009 г. към договорните партньори, като при всички се наблюдава слабо увеличение за месец октомври спрямо септември.

При ПИМП увеличението при плащането за октомври спрямо предходния месец е с 36 745 лв. При СИМП то е 30 322 лв. повече в сравнение със септември. За дейността на лекарите по дентал-

на медицина е заплатено с 29 910 лв. повече от предходния месец. При лекарствата увеличението е с 51 128 лв. При болниците сумата за октомври е с 72 856 лв. повече от тази за септември.

СЛИВЕН

Използвалите правото си на профилактичен преглед през първата половина на 2009 година са 37 097 души от общо 155 767 здравноосигурени на територията на областта. От тях 11 557 са деца от 7 до 18-годишна възраст, а 25 540 души са над 18 години.

През юни 2009 година контролните органи на РЗОК извършиха общо 316 проверки на лечебни заведения, от които:

• 59 проверки в лечебни заведения за болнична помощ. От тях 7 проверки са съвместно с НЗОК. При 48 случая са констатирани нарушения, а при 34 - и суми за възстановяване. Наложени са санкции в размер на 62 620.00 лв., както и възстановяване на неправомерно получени суми в размер на 155 557.00 лв.

• 51 проверки на изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ, от които 15 са съвместно със служители на НЗОК и 2 - съвместно със служители на РЦЗ и РИОКОЗ. Констатирани са нарушения при 39 общопрактикуващи лекари, като четирима от тях са възразили срещу констатациите на медицинските и финансови протоколи, а възраженията са отнесени за разглеждане към арбитражната комисия. Наложени са санкции в размер на 5 040.00 лв., както и възстановяване на неправомерно получени суми в размер на 1 678.00 лв.

• 69 проверки при специализираната извънболнична медицинска помощ и лабораториите, от които: 4 са извършени съвместно със служители на НЗОК. При 42 изпълнители бяха констатирани нарушения. Петима от тях са възразили срещу констатациите и възраженията им са отнесени за разглеждане от арбитражната комисия. Наложени са санкции в размер на 19 755.00 лв.

• 10 проверки по жалба на граждани - констатирани бяха нарушения при петима изпълнители на медицинска помощ. Наложени бяха санкции в размер на 630.00 лв.

• 24 проверки на аптеки, от които 6 - съвместно със служители на НЗОК, като бяха констатирани нарушения при 17 от тях. Наложени бяха санкции в размер на 4 075.84 лв.

• 103 проверки на изпълнители на дентална помощ, като при 87 бяха констатирани нарушения. Наложени бяха санкции за 24 794.09 лв., както и възстановяване на неправо-мерно получени суми в размер на 6 141.67 лв.

Най-често констатирани нарушения при проверките бяха:

- неспазване на условията за завършеност на клиничната пътека;
- неспазване на минимален болничен престой за осъществяване на посочените в клиничната пътека дейности и процедури;
- хоспитализация на пациенти по една и съща клинична пътека в същото или в друго лечебно заведение за срок, по-малък от 30 дни;
- дублирано отчитане и на амбулаторни прегледи, и на болничен престой в един и същи период;
- извършване на консултативен преглед, вместо диспансерен;
- неспазване обема на профилактичните прегледи, съгласно Приложение № 6 към НРД;
- неспазване на установения ред за предписване на лекарства;
- неспазване на изискванията за честота и обем на диспансерните прегледи;
- превишаване на обема на договорените дентални дейности.

За първото полугодие на 2009 година РЗОК е издала 933 Европейски здравноосигурителни карти и 259 Удостоверения, временно заместващи ЕЗОК. Направени са 25 отказа за издаване на ЕЗОК.

ЯМБОЛ

През април 2009 година РЗОК е проверила здравната осигуреност на 1524 хронично болни, получаващи лекарствени продукти по протоколи и рецептурни книжки. Проверката е установила, че всички здравноосигурени са с непрекъснати права и са заверени протоколите и рецептурните книжки.

За периода контролните органи при РЗОК са извършили 47 медицински и финансови проверки на изпълнители на медицинска, дентална помощ и аптеки, в договорни отношения с районната каса. Финализирани са общо 15 проверки на изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ, при 7 от които са установени нарушения.

Основна тема при извършените 10 медицински проверки бяха: диспансерното наблюдение и контролът по предписване на лекарствени продукти, заплащани от НЗОК. Извършен беше и

одит на профилактичната дейност и наблюдението по програма „Детско здравеопазване" от общопрактикуващите лекари. Установени бяха 6 нарушения по обема на оказаната медицинска помощ. При един от изпълнителите бяха установени случаи на изписани лекарствени средства без наличие на актуална консултация с изпълнител на специализирана помощ, както и пропуски при работа с протоколи.

Извършена е една проверка по сигнал от здравноосигурен, която установи неоснователен отказ от страна на ОПЛ за насочване на пациента към изпълнител на специализирана помощ, което е довело до прекъсване на терапията.

При извършените 5 финансови проверки на личните лекари бяха установени 4 нарушения при работа с медицинско досие и амбулаторен лист, както и неспазване на обявения работен график.

При изпълнителите на дентална помощ бяха извършени общо 18 финансови и медицински проверки, при 16 от които бяха установени нарушения.

При медицинските проверки бяха констатирани 6 нарушения на качеството на оказаната дентална помощ, както през 2009 година, така и през 2008-ма.

При извършените 12 финансови проверки бяха установени предимно превишени обеми на оказаната дентална помощ. Констатирани бяха единични случаи на отчетени неизвършени дейности, липса на медицинско оборудване и пропуски при документирането на оказаната дентална помощ. При 12 случая бяха констатирани неоснователно получени суми от страна на изпълнители на дентална помощ.

През отчетния период бяха извършени 10 проверки на изпълнители на специализирана извънболнична помощ, като при 7 от тях бяха установени нарушения при работа с финансово-отчетната документация, неспазване на работния график, превишени регулативни стандарти. При един от случаите бяха установени пропуски по обема на оказаната медицинска помощ. При 6 проверки бяха констатирани и получени суми без правно основание.

За периода бяха извършени 4 проверки на аптеки, по повод данни от текущ контрол, при които бяха установени нарушения при отпускане на лекарствени продукти, заплащани по централна доставка. При един от случаите бяха констатирани нарушения при отпускане на лекарствени средства, заплащани по централна доставка и нарушения на чл.3, ал.2 от индивидуалния договор. Извършена беше и проверка на аптеките за спазване на пределните цени, утвърдени от Министерството на здравеопазването, при която не бяха установени нарушения.

През април бяха извършени 5 проверки на изпълнителите на болнична помощ - 3 медицински и 2 - финансови на МБАЛ „Св. Пантелеймон" - Ямбол и на МБАЛ „Св. Иван Рилски" - Елхово. Проверени бяха 7 клинични пътеки, при които бяха констатирани 25 нарушения, отнасящи се до: хоспитализации на здравноосигурени лица без индикации за лечение по клинични пътеки; непълен обем извършени дейности, както и пропуски при документирането на издадените епикризи.

За месец април 2009 година изплатените суми за здравноосигурителни плащания от РЗОК са: за ПИМП - 222 658 лв.; за СИМП - 222 174 лв.; за дентална помощ - 132 538 лв.; за медико-диагностична дейност - 75 228 лв.; за лекарства за домашно лечение и медицински изделия - 209 924 лв.; за болнична медицинска помощ - 921 971 лв.; за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност - 672 лв.

.....

През месец май РЗОК провери здравната осигуреност на 1100 хронично болни, получаващи лекарствени продукти по потоколи и рецептурни книжки. Проверката установи, че всички те са с непрекъснати здравноосигурителни права.

За периода контролните органи при РЗОК извършиха 53 медицински и финансови проверки на договорни партньори.

Извършени бяха 14 проверки на изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ, при 10 от които бяха установени нарушения. Установени бяха 2 нарушения по обема на оказаната медицинска помощ. При един изпълнител бяха установени пропуски при работа с протокол.

При направените 10 финансови проверки на лични лекари бяха установени 8 нарушения при работа с медицинско досие и амбулаторен лист, както и отчетени профилактични прегледи през 2008 година над предвидените.

При 6 от извършените проверки бяха установени и получени суми без правно основание.

При изпълнителите на дентална помощ бяха извършени общо 15 финансови и медицински

проверки, като при всички имаше установени нарушения.

При медицинския одит бяха проверени 7 изпълнители на дентална помощ, като бяха установени нарушения по качеството на оказаната помощ - както през 2009-та, така и през предходната година.

При извършените 8 финансови проверки бяха констатирани основно превишени обеми на оказаната дентална помощ. Установени бяха и единични случаи на отчетени неизвършени дейности липса на медицинско оборудване и пропуски при документирането на оказаната дентална помощ. При 8 случая бяха констатирани неоснователно получени суми от страна на изпълнителите на дентална помощ.

През отчетния период бяха извършени 16 проверки на изпълнители на специализирана извънболнична помощ, като при 10 от тях бяха установени нарушения при работа с финансово-отчетната документация, както и пропуски по обема на оказаната медицинска помощ. В два случая бяха установени нарушения по критериите за назначаване на скъпоструващо лечение. При 7 проверки бяха констатирани и получени суми без правно основание.

За периода бяха извършени 8 проверки на аптеки, в т.ч. четири - съвместно с експерти на НЗОК. При четири от тях бяха установени нарушения при отпускане на лекарствени продукти, заплащани по централна доставка, нарушения на чл.3, ал.2 и чл.5 от индивидуалния договор, нарушена маркировка на наличните количества и лекарствени средства с изтекъл срок на годност.

За месец май изплатените суми за здравноосигурителни плащания от РЗОК са: за ПИМП - 239 420 лв.; за СИМП - 223 767 лв.; за дентална помощ - 127 368 лв.; за медико-диагностична дейност - 87 548 лв.; за лекарства за домашно лечение и медицински изделия - 220 030 лв.; за болнична медицинска помощ - 1 415 055 лв.; за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност - 721 лв.

.....

През юни РЗОК е проверила здравната осигуреност и е заверила 1156 протокола на хронично болни, получаващи лекарствени продукти, заплащани от НЗОК/РЗОК.

Контролните органи при РЗОК извършиха 46 медицински и финансови проверки на изпълнители на медицинска, дентална помощ и аптеки, в договорни отношения с РЗОК.

За периода са извършени и финализирани общо 27 проверки на изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ, при 22 от които са установени нарушения.

Основна тема при извършените 14 медицински проверки беше диспансерното наблюдение на ЗЗОЛ, заедно с контрол по предписване на лекарствени продукти, заплащани от НЗОК. Установени бяха нарушения по обема на оказаната медицинска помощ на диспансеризираните; нарушения при работа с протоколи; изписани лекарствени продукти без актуална консултация с лекар специалист, както и изписани лекарства на недиспансеризирани здравноосигурени.

При извършените 13 финансови проверки на лични лекари бяха установени нарушения при работа с медицинско досие и амбулаторен лист, както и отчетени профилактични прегледи през 2008 година над предвидените.

При 11 от извършените проверки бяха установени и получени суми без правно основание.

При изпълнителите на дентална помощ бяха извършени 7 финансови проверки, като при 6 от тях бяха констатирани основно превишени обеми на оказаната дентална помощ. Установени бяха и единични случаи на отчетена неизвършена дейност и пропуски по документирането на оказаната помощ. При 6 от случаите бяха констатирани неоснователно получени суми от страна на изпълнители на дентална помощ.

През отчетния период бяха извършени 12 проверки на изпълнители на специализирана извънболнична помощ, като при всички бяха установени нарушения при работа с финансово-отчетната документация, както и пропуски по обема на оказаната медицинска помощ. При два от случаите бяха установени нарушения по критериите за назначаване на скъпоструващо лечение. При 6 от извършените проверки бяха констатирани и получени суми без правно основание.

През първото шестмесечие на 2009 година са извършени общо 20 проверки (4 - финансови, 5 - медицински, 10 - съвместни проверки с експерти на НЗОК и една съвместна проверка с друга институция) на лечебните заведения за болнична помощ - договорни партньори на РЗОК. Проверени бяха 1230 документа „история на заболяването" по 40 клинични пътеки. Установени бяха 54 нарушения, които се отнасят до: прием на

пациенти без индикации за болнично лечение; непълен обем дейности, предвидени в алгоритъма на КП; единичен случай на неспазени критерии за дехоспитализация; както и пропуски при работа с документи по клиничните пътеки.

За шестмесечния период контролните органи при РЗОК – Ямбол, съвместно с екипи на НЗОК, са извършили общо 3 медицински и финансови проверки на 4 жалби срещу дейността на лечебните заведения за болнична помощ. Основателност на жалбите е установена при два от случаите.

В резултат на осъществената контролна дейност за периода от началото на годината до края на юни 2009 година на лечебните заведения за болнична помощ са начислени за възстановяване суми, получени без правно основание, в размер на 11 199 лв. и са наложени санкции в размер на 3780 лв.

За месец юни 2009 година изплатените суми за здравноосигурителни плащания от РЗОК са: за ПИМП - 228 263 лв.; за СИМП - 228 225 лв.; за дентална помощ - 106 255 лв.; за медико-диагностична дейност - 91 046 лв.; за лекарства за домашно лечение и медицински изделия - 213 361 лв.; за болнична медицинска помощ - 2 017 408 лв.; за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност - 56 488 лв.

.....

През юли РЗОК е проверила здравната осигуреност и е заверила 1153 протокола и рецептурни книжки на хронично болни, получаващи лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК.

Контролните органи при РЗОК са извършили общо 49 проверки (20 - медицински и 29 – финансови) на изпълнители на медицинска, дентална помощ и аптеки, в договорни отношения с РЗОК.

За периода бяха извършени и финализирани общо 26 проверки на изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ, при 15 от които бяха установени нарушения: по обема на оказаната медицинска помощ на диспансеризираните; нарушения при работа с протокол; изписани лекарства без актуална консултация с лекар специалист; изписани медикаменти на недиспансеризирани лица.

При извършените 17 финансови проверки на лични лекари бяха установени общо 17 нарушения при работа с амбулаторен лист, както и отчетени профилактични прегледи през 2008 година над предвидените.

При 12 от извършените проверки бяха установени и получени суми без правно основание.

При изпълнители на дентална помощ бяха извършени 10 медицински и финансови проверки. При всички тях бяха констатирани едно или повече нарушения, свързани с превишени обеми на оказаната дентална помощ; нарушения на качеството на извършената дентална помощ, единични случаи на отчетени неизвършени дейности.

При пет от проверките бяха констатирани неоснователно получени суми от страна на изпълнители на дентална помощ.

През отчетния период бяха извършени 13 медицински и финансови проверки на изпълнители на специализирана извънболнична помощ, като при 10 от тях бяха установени нарушения при работа с финансово-отчетната документация, както и пропуски по обема на оказаната медицинска помощ.

При 9 от извършените проверки бяха констатирани и получени суми без правно основание.

За отчетния период контролните органи при РЗОК извършиха 1 медицинска и финансова проверка на „СБАЛ по кардиология" - Ямбол, както и една медицинска и финансова проверка на МБАЛ „Св. Иван Рилски" - Елхово.

Установени бяха нарушения при хоспитализацията на здравноосигурени, без индикации за лечение по клинични пътеки; непълен обем извършени дейности, както и единични пропуски при документирането на оказаната болнична помощ.

За месец юли изплатените суми за здравноосигурителни плащания от РЗОК са: за ПИМП - 233 979 лв.; за СИМП - 192 539 лв.; за дентална помощ - 106 914 лв.; за медико-диагностична дейност - 68 490 лв.; за лекарства за домашно лечение и медицински изделия - 333 455 лв.; за болнична медицинска помощ - 1 930 250 лв.; за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност - 7077 лв.

.....

През август РЗОК е проверила здравната осигуреност и е заверила 1052 протокола и рецептурни книжки на хронично болни, получаващи лекарствени продукти, заплащани от НЗОК/РЗОК.

Контролните органи при РЗОК са извършили общо 46 проверки (21 - медицински и 25 - финан-

сови) на изпълнители на медицинска, дентална помощ и аптеки в договорни отношения с РЗОК.
За периода бяха извършени и финализирани общо 23 проверки на изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ, при 17 от които бяха установени нарушения.
Основна тема при извършените 14 медицински проверки беше диспансерното наблюдение, заедно с контрол по предписване на лекарствени продукти, заплащани от НЗОК. Установени бяха 19 нарушения: по обема на оказаната медицинска помощ на диспансеризираните; нарушения при работа с протокол, както и изписани лекарства на недиспансеризирани.
При извършените 9 финансови проверки на лични лекари бяха установени 12 нарушения при работа с амбулаторен лист, както и отчетени профилактични прегледи през 2008 година над предвидените.
При 6 от извършените проверки бяха установени и получени суми без правно основание.
За периода са извършени 14 медицински и финансови проверки на изпълнители на дентална помощ. При всички тях са констатирани едно или повече нарушения, свързани с качеството на оказаната дентална помощ, като при 3 случая бяха установени превишени обеми на оказаната помощ.
При 7 от извършените проверки са констатирани неоснователно получени суми от страна на изпълнителите на дентална помощ.
През отчетния период са извършени 3 финансови проверки на изпълнители на специализирана извънболнична помощ, като при 2 от тях бяха установени нарушения при работа с първичната и финансово-отчетната документация.
През август контролните органи извършиха 6 финансови проверки на аптеки - договорни партньори на РЗОК. При 3 от тях беше констатирано нарушение, свързано със съхранението на лекарствените продукти с непоставена и нарушена отличителна маркировка за НЗОК, както и непопълване на задължителните реквизити в рецептурните бланки в момента на отпускане на лекарствата. Установен беше единичен случай на допуснато нарушение по действащия до 1 юни 2009 г. Индивидуален договор, като аптеката е изпълнявала рецепти в нарушено изискване за връзката болест-лекарство.
За август 2009 година изплатените суми за здравноосигурителни плащания от РЗОК са: за ПИМП - 228 909 лв.; за СИМП - 235 056 лв.; за дентална помощ - 109 051 лв.; за медико-диагностична дейност - 93 452 лв.; за лекарства за домашно лечение и медицински изделия - 366 333 лв.; за болнична медицинска помощ - 1 946 583 лв.; за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност - 60 321 лв.

.....

През октомври РЗОК е проверила здравната осигуреност и е заверила 1174 протокола и рецептурни книжки на хронично болни, получаващи лекарствени продукти, заплащани от НЗОК/РЗОК.
Контролните органи при РЗОК са извършили общо 93 проверки (47 - медицински и 46 - финансови) на изпълнители на медицинска, дентална помощ и аптеки, в договорни отношения с РЗОК.
За периода бяха извършени и финализирани 23 проверки на изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ, при 14 от които са установени нарушения.
Основна тема при извършените 12 медицински проверки беше диспансерното наблюдение и контролът по предписване на лекарствени продукти, заплащани от НЗОК. При 7 от проверените договорни партньори бяха установени нарушения по обема на оказаната медицинска помощ на диспансеризираните, а също и изписани лекарствени средства на недиспансеризирани лица.
При извършените 11 финансови проверки на лични лекари бяха установени 8 нарушения при работа с амбулаторен лист и медицинско досие; неспазване на обявения работен график, както и отчетени профилактични прегледи през 2008 година над предвидените.
Извършени бяха и три финансови проверки по изпълнение на регулативните стандарти за I-во и II-ро тримесечие на 2009 година.
При 8 от извършените проверки бяха установени и получени суми без правно основание.
За периода бяха извършени 22 медицински и 20 финансови проверки на 22 изпълнители на дентална помощ. При всички медицински проверки бяха констатирани едно или повече нарушения, свързани с качеството на оказаната дентална помощ.
При 20 от извършените финансови проверки бяха констатирани неоснователно получени суми от страна на изпълнителите на дентална помощ.

През отчетния период бяха извършени 24 медицински и финансови проверки на изпълнители на специализирана извънболнична помощ, като при 9 от тях бяха установени нарушения.

Обект на медицинския контрол през периода беше диспансерното наблюдение на ЗЗОЛ от страна на изпълнителите на СИМП, при които бяха установени единични случаи на непълен обем при осъществяването му.

Установени бяха частични липси на лекарствени продукти в спешните шкафове, както и неспазване на предварително обявения работен график.

При извършения одит на 7 медико-диагностични лаборатории беше констатирано нарушение при един от случаите, при който лабораторията не беше уведомила РЗОК за промяна на обстоятелствата по сключения Индивидуален договор, както и нарушения при работа с финансови документи.

За отчетния период контролните органи извършиха 4 финансови проверки на аптеки, като при 3 от тях поводът беше прекратяване на договора по взаимно съгласие.

По данни от текущия контрол беше констатирано нарушение, свързано с изпълнението на рецептурна бланка по протокол с отразени количества над определените, като общо количество за срока на действие на протокола.

За октомври изплатените суми за здравноосигурителни плащания от РЗОК са: за ПИМП - 255 953 лв.; за СИМП - 201 176 лв.; за дентална помощ - 98 958 лв.; за медико-диагностична дейност - 75 712 лв.; за лекарства за домашно лечение и медицински изделия - 390 133 лв.; за болнична медицинска помощ - 1 941 923 лв.; за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност - 6086 лв.

Основните теми в медийната дейност на РЗОК за периода бяха:

- Приходи от здравноосигурителни вноски и извършени здравноосигурителни плащания на РЗОК към 30.09.2009 г. Контролната дейност в лечебните заведения за болнична помощ за деветмесечието на годината.

В съответствие с регулярно изпращаните от Националната агенция по приходите - Териториална дирекция – Ямбол, данни за приходите от здравноосигурителни вноски, глоби, санкции, неустойки, наказателни лихви и начети, обобщената актуална информация към 30.09.2009 г. показва 45,74% изпълнение на спуснатия на РЗОК - Ямбол индикативен разчет в размер на 21 499 978 млн. лв. за 2009 година. Сравнително ниската величина на постъпленията не е свързана с чувствителна промяна в броя неосигурени лица, избрали общопрактикуващ лекар (към 31.08.2008 г. те се били 18 942, а към 31.08.2009 г. - 18 863). Проблемът с незадоволителното изпълнение на плана за приходите е поскоро следствие от липсата на ритмичност в практиката по индивидуално погасяване на задълженията от страна на гражданите, освен ако не възникне конкретна потребност от медицинско и/или дентално обслужване.

По отношение на разходната част в бюджета приоритетен дял заемат средствата за здравноосигурителни плащания на договорните партньори на РЗОК, които съгласно последната актуализация от 01.10.2009 г. възлизат на 29 184 186 лв. На основание Решение на УС на НЗОК № РД-УС-04-127 от 05.10.2009 г. за отблокиране на оперативния резерв за заплащане на дейностите за болнична медицинска помощ до края на 2009 година, утвърдените от 01.10.2009 г. нови бюджетни сметки за здравноосигурителни плащания и касовото изпълнение на РЗОК към края на септември 2009 година, отчетните данни с натрупване сочат следното процентно усвояване на спуснатите финансови средства, по направления, както следва:

• Първична извънболнична медицинска помощ - за деветте месеца на 2009 година са изплатени 1 890 179 млн. лв., с което се отчита усвояване от 73,2% спрямо годишния план.

• Специализирана извънболнична медицинска помощ - за периода е усвоен ресурс от 1 804 940 млн. лв., което представлява 72,8% от годишния план.

• Дентална помощ - за деветмесечието са усвоени 1 013 175 млн. лв., с което се отчита изпълнение от 73,7% спрямо годишния план.

• Медико-диагностична дейност - изплатените средства по този параграф са 759 201 хил. лв. - т.е 74,7 на сто спрямо плана за годината.

• Лекарства – сумата, изплатена през деветмесечието за лекарствени средства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, е в размер на 2 304 530 млн. лв., с което се отчита изпълнение спрямо годишния план от 73,3%.

• Болнична помощ - за деветте месеца са изплатени 12 219 368 млн. лв., което представлява 67,2% спрямо годишния план.

На този етап не се очакват проблеми с покриване на задълженията на РЗОК към договорните партньори, включително към изпълнителите на болнична помощ.

До голяма степен принос за настоящата бюджетна картина има засиленият предварителен и последващ контрол с акцент болнична помощ, заемаща най-голям относителен дял в общата сума на разходите за медицински плащания. Доказателство за това са извършените към 30.09.2009 г. 33 проверки в болнични лечебни заведения, от които 23 са с открити нарушения и 15 - с констатирани неправомерно получени суми. Обобщената стойност на надвзетите пари в направлението „болнична помощ" възлиза на 42 859 лв., а размерът на наложените санкции е 23 940 лв.

.....

През ноември РЗОК е проверила здравната осигуреност и е заверила 1261 протокола и рецептурни книжки на хронично болни, получаващи лекарствени продукти от НЗОК/РЗОК.

Контролните органи при РЗОК извършиха общо 68 проверки (21 - медицински и 47 - финансови) на изпълнителите на медицинска, дентална помощ и аптеки в договорни отношения с РЗОК.

За периода бяха извършени и финализирани общо 22 проверки на изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ, при 11 от които бяха установени нарушения.

Основна тема при извършените 8 медицински проверки беше диспансерното наблюдение, както и контролът по предписване на лекарствени продукти, заплащани от НЗОК. При 4 от проверените договорни партньори бяха установени нарушения по обема на оказаната медицинска помощ на диспансеризираните, а също и изписани лекарствени средства на недиспансеризирани лица. В един от случаите при изписване на лекарствени продукти беше установено неспазване на определената терапевтична схема за лечение. Установени бяха и пропуски при документиране на оказаната медицинска помощ.

Две от извършените проверки бяха свързани с подадени молби и жалби от здравноосигурени. В единия от случаите не се установи нарушение по предмета на подадената молба, но проверката установи, че лицето подлежи на диспансерно наблюдение и при липса на документиран отказ от негова страна, личният лекар не е провеждал такова. В другия случай се установи, че жалбата е основателна и тя се отнася до отказ от извършване на домашно посещение извън часовете на предвидения график.

При извършените 14 финансови проверки на лични лекари бяха установени нарушения при работа с първични медицински и финансово отчетни документи.

Извършени бяха 9 финансови проверки по изпълнение на регулативните стандарти за I и II тримесечие на 2009 година, като в три от случаите постъпи възражение срещу връчения протокол за неоснователно получени суми.

При 10 от извършените проверки бяха установени и получени суми без правно основание.

За периода бяха извършени 11 медицински и 18 финансови проверки на 18 изпълнители на дентална помощ. При всички медицински проверки бяха констатирани нарушения, свързани с качеството на оказаната дентална помощ.

При извършените финансови проверки бяха констатирани отчетени превишени обеми на денталните услуги; частични липси на медицинско оборудване, както и отчетена неизвършена дейност. Съставени бяха протоколи за неоснователно получени суми от страна на изпълнителите на дентална помощ.

През отчетния период бяха извършени 10 медицински и финансови проверки на изпълнители на специализирана извънболнична помощ, при които не бяха констатирани нарушения. Единствено при проверката на СМДЛ бяха установени пропуски при документирането в амбулаторния журнал.

При 5 от извършените проверки беше установена нанесена щета на РЗОК, поради превишение на определените регулативни стандарти за I и II тримесечие на 2009 година, за което бяха съставени протоколи за неоснователно получени суми.

За периода бяха извършени 7 финансови проверки на аптеки, като при 5 от тях бяха констатирани нарушения (установени наличности без маркировка или с нарушена такава, както и немаркирана крайна продажна цена на лекарственото продукт).

През ноември контролните органи при РЗОК извършиха 8 проверки (4 - медицински и 4 - финансови) на четирите лечебни заведения за

болнична медицинска помощ в областта, които са договорни партньори на Здравната каса. При всички случаи бяха установени нарушения при хоспитализацията на здравноосигурени без индикации за лечение по клинични пътеки; непълен обем извършени дейности, както и пропуски при документирането на оказаната болнична помощ.

За периода от началото на годината до края на септември РЗОК - Ямбол е заплатила 21 544 лв. за оказана медицинска помощ на граждани от страни членки на Европейския съюз. Най-много средства през периода са заплатени за оказана болнична медицинска помощ - 20 964 лв. на 17 европейски граждани. Заболяванията на горния гастроинтестинален тракт; на панкреаса и перитонеума; заболяванията на сърдечно-съдовата система, както и остро протичащите чревни инфекциозни болести са сред най-честите заболявания, поради които гражданите на Европейския съюз са потърсили медицинска помощ в лечебни заведения за болнична помощ в област Ямбол.

Най-скъпата клинична пътека, по която през периода са отчетени 2 случая, е „Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение".

За периода 16 граждани от Великобритания и Германия, направили избор на общопрактикуващ лекар в област Ямбол, са ползвали първична извънболнична медицинска помощ.

Пребиваващите граждани на Европейския съюз са ползвали в този период и специализирана извънболнична медицинска помощ - извършени са 18 първични и 3 вторични медицински прегледа при лекар специалист, както и физиотерапевтични процедури и медико-диагностични изследвания.

Като се проследи динамиката на здравноосигурителните плащания през периода, може да се отбележи, че най много средства РЗОК е заплатила за оказана медицинска помощ на европейски граждани през месеците юли и септември на 2009 година.

За деветмесечието 1080 български граждани от област Ямбол имат издадена Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК), с която могат да получат спешна и неотложна медицинска помощ в Европейския съюз. През същия период на 2008 година издадените ЕЗОК са били 1240.

За деветмесечието в РЗОК са постъпили и 200 заявления за издаване на временни удостоверения, заместващи ЕЗОК.

ЗА ДОГОВОРНИТЕ ПАРТНЬОРИ

ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

Необходимо ли е лекар със специалност „спешна медицина", който иска да сключи договор с РЗОК като ОПЛ, да има и специалност "обща медицина"?

Съгласно Закона за лечебните заведения (публикуван на интернет страницата на НЗОК в рубрика „Нормативна база", подрубрика „Закони") § 6. (1) (доп. - ДВ, бр 88 от 1999 г., бр.62 от 2002 г., изм. - ДВ, бр.76 от 2005 г.): Право да откриват индивидуална и групова практика за първична медицинска помощ имат: 1.) лекари без специалност, лекари с основна медицинска специалност, лекари с основна медицинска и профилна специалност, както и лекари в процес на придобиване на специалност, които в срок от 10 години от влизането в сила на този закон трябва да завършат курс и да придобият специалност по обща медицина; 2.) лекари по дентална медицина. (2) (изм. - ДВ, бр.62 от 2002 г.). Министърът на здравеопазването определя условията и реда за специализация и продължителна квалификация на лицата, съгл. Наредба № 15 от 2 юли 2008 г. за придобиване на специалност "обща медицина" от общопрактикуващите лекари, публикувана на електронната страница на НЗОК в рубрика „Нормативна база", подрубрика „Наредби". Следователно това е едно от изискванията за откриване на индивидуална или групова практика за ПИМП. След регистрацията й в РЦЗ се кандидатства за сключване на договор с НЗОК.

Може ли ОПЛ, работещ в групова практика, да предостави обслужването на лицата от пациентската си листа на други колеги до края на действието на рамковия договор, а той да работи като специалист към медицински център, сключил договор с НЗОК?

Предоставянето на обслужването на пациенти не е възможно, тъй като се нарушава правото на ЗЗОЛ сами да избират ОПЛ. Принципно, ако ОПЛ няма да работи по договор с НЗОК, неговите пациенти трябва сами да изберат нов ОПЛ. Ако ОПЛ има договор с НЗОК, той не може да работи в друго лечебно/здравно заведение.

Когато двама лекари по дентална медицина осъществяват дейност като ООД, имат сключен договор с НЗОК, и желаят да наемат трети лекар, трябва ли той да бъде включен като съдружник в ООД, с право на отделни часове за прием на пациенти по линия на Касата? Достатъчно основание ли е третият лекар да отчита самостоятелно прегледаните от него пациенти, без да ощетява графика за прием на съдружниците в ООД?

За да може новият колега да отчита дейност по договор с НЗОК, той трябва да стане член на груповата практика за оказване на извънболнична дентална помощ - договорен партньор на НЗОК. Изискването е заложено в Закона за лечебните заведения - в чл.14, ал.1. Ако лечебното заведение е дентален център, това условие не е необходимо.

В Приложение 12 към НРД има забележка, че "дейностите от работното време могат да се извършват и извън посочения график". Заплащат ли се дейностите, включени в обхвата на профилактичния преглед, в различно от посоченото време в графика?

Профилактичен преглед, извършен в работно време, различно от посоченото в графика, следва да се заплати.

Има ли ограничение в броя диспансерни прегледи, извършвани от ОПЛ за срок от 1 месец? Може ли да има два диспансерни прегледа по една и съща диагноза в рамките на един месец?

Дейностите, извършвани от ОПЛ, се отчитат за всяка отделна диагноза, подлежаща на диспансерно наблюдение, и посочена в отчетените и извършени изследвания, съгласно изискванията на диспансеризацията, регламентирани в Приложение № 8, в съответствие с Решение № РД-УС-04-17 от 20.01.2009 г. на УС на НЗОК. Периодичността между диспансерните прегледи се определя от ОПЛ. Уместно е те да бъдат разпределени периодично в рамките на годината, като при всяко посещение в амбулаторния лист се записва датата за следващото. Дейностите по диспансерно наблюдение, извършвани от изпълнителя на ПИМП, не следва да бъдат извършени в пакет при невъзможност. Изпълнителят на ПИМП консултира ЗЗОЛ със специалист в зависимост от вида и формата на заболяването. В случай, че има налични резултати от изследвания при хоспитализация в предходен период, те се отразяват като вече извършени.

Кой извършва диспансерното наблюдение на пациент с диагноза I69 след първата година от инцидента, ако той има и придружаващи заболявания: G20, G40.6 или G40.7? ОПЛ или специалист невролог?

Посочените заболявания не са от един клас по МКБ-10 и съгласно Решение № РД-УС-04-17/20.01.2009 г. на УС на НЗОК, след първата година от инцидента до края на живота, ЗЗОЛ с последици от мозъчно-съдова болест се наблюдават диспансерно от общопрактикуващия лекар, а тези със заболяване „Болест на Паркинсон" и „Епилепсия" се диспансеризират от лекар - специалист по нервни болести.

Задължен ли е общопрактикуващият лекар да се съобразява с промените в диагнозите, поставени на пациент от няколко лекари - специалисти по кардиология? Какви промени трябва да направи ОПЛ в диспансерния регистър в случай, че след първата консултация на пациента с кардиолог са му поставени диагнози с МКБ-код I11 и I20, за които е диспансеризиран през първата година, а през следващата - след изпращане на пациента на задължителна консултация със специалист, друг кардиолог поставя само диагноза с МКБ-код I10?

След изпращане на пациента на консултация със специалист, при поставена диагноза с МКБ-код I10 „Есенциална хипертония" от кардиолог, общопрактикуващият лекар следва да диспансеризира пациента с тази диагноза за необходимото наблюдение, консултации и изследвания.

Какви документи е необходимо да представят изпълнителите на специализирана извънболнична медицинска помощ в РЗОК/НЗОК при извършен преглед на лица от страни членки на Европейския съюз, за да им бъде заплатена дейността? Каква е процедурата при преглед на граждани от страни извън ЕС, както и в случаите, когато няма сключени двустранни междудържавни спогодби?

Правата на здравно осигуряване, съгласно Европейските регламенти за координиране схемите за социална сигурност на държавите членки на ЕС, се доказват с Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК), Удостоверение, временно заместващо ЕЗОК, Удостоверение за запазване на правото на обезщетения за болест и майчинство, които в момента се предоставят (Е 112), издадени от държавата по местоосигуряване, или с Удостоверение за регистрация в НЗОК, издадено от РЗОК, на основание удостоверителен документ за право на обезщетения в натура при пребиваване в страната.

Правата на здравно осигуряване по двустранни спогодби се доказват с Удостоверение за право на обезщетения в натура при временен престой в България (РМ/РБ 111) или с Удостоверение за регистрация в НЗОК, издадено от РЗОК, на основание удостоверителен документ за право на обезщетения в натура, при пребиваване в страната.

Информация за Европейските удостоверителни документи и ЕЗОК (формат на документа и съдържание на полетата на български език) може да се намерят на електронната страница на НЗОК, в рубрика "Международно сътрудничество", подрубрика "Европейска интеграция". Официалната интернет страница на Европейския съюз относно ЕЗОК, където може да се види ЕЗОК на всяка от държавите членки,е

http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=bg.

Лицата, представили такива валидни документи, имат правата на здравноосигурени с непрекъснати права съгласно Закона за здравното осигуряване (ЗЗО). *При оказване на медицинска помощ на такива лица е необходимо да се попълнят всички първични медицински документи, както това се прави и за българските здравноосигурени лица, като в тях се попълва ПЕРСОНАЛНИЯТ ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР на лицето и двубуквеният код на държавата по местоосигуряване. В първичните медицински документи* ***не се попълват полетата за РЗОК и здравен район, както и полето за ЕГН или ЛНЧ,*** *дори когато лицето има такива номера.* ***Аналогично, за получаване на СИМП, тези лица трябва да имат издадено Направление за консултация и съвместно лечение (Бл. МЗ-НЗОК № 3).***

Обслужените от изпълнителите на СИМП пациенти ***се отчитат за заплащане от РЗОК,*** *както следва:*

на ОТДЕЛНА фактура, спецификация и приложението към спецификацията за чужди осигурени лица *(фактурата, спецификацията и приложението към нея са отделни от тези за осигурените лица на НЗОК, но са общи за всички дейности, оказани през периода на пациенти, осигурени в други държави членки на ЕС и ЕИП и по двустранни спогодби) с приложени към тях:*

Направления бл. МЗ-НЗОК № 3 или 3а;

Амбулаторни листа;

КОПИЯ ОТ УДОСТОВЕРИТЕЛНИЯ ДОКУМЕНТ НА ЛИЦЕТО (ЕЗОК, Удостоверение, временно заместващо ЕЗОК, Е112, РМ/РБ 111 или Удостоверение за регистрация в НЗОК).

ВИНАГИ И САМО КОГАТО удостоверителният документ е ЕЗОК, Удостоверение, временно заместващо ЕЗОК, или РМ/РБ 111) - попълнена и подписана от лицето и лекуващия лекар „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена Европейска здравна карта (ЕЗОК) или Удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

Форматите на „Декларация при ползване от осигурени лица на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена Европейска здравна карта (ЕЗОК) или Удостоверение, временно заместващо ЕЗОК" и „Удостоверение за регистрация в НЗОК", са публикувани на интернет страницата на НЗОК, в рубрика "Национален рамков договор", линк " Приложение № 4 - Документи, свързани с оказване на медицинска и дентална помощ на лица, осигурени в други държави".

С промяната на xsd-схемата за отчитане на амбулаторната дейност на ИМП от 01.05.2008 г., се предостави възможността и лицата, осигурени в други държави членки на ЕС и ЕИП, или на държави, с които България има двустранни спогодби, да бъдат въвеждани в електронния отчет на лекаря. Подробни инструкции как се въвеждат данните за тези граждани в отчета са дадени в xsd-схемата, публикувана на интернет страницата НЗОК в раздел „Софтуер".

Забележка относно включването в програми и диспансеризиране:

Общопрактикуващ лекар могат да избират само лицата с издадено от РЗОК Удостоверение за регистрация в НЗОК, на основание ***удостоверителен документ за право на обезщетения в натура при пребиваване в страната.*** *Такива лица имат всички права на здравноосигурените лица с непрекъснат здравноосигурителен статус съгласно Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), в това число и на включване в програмите за „Детско здравеопазване", „Майчино здравеопазване" и диспансеризация.*

Временно престояващите лица не могат да бъдат включвани в програмите за „Детско здравеопазване", „Майчино здравеопазване" и диспансеризация.

Относно лицата, които не разполагат с горепосочените удостоверителни документи:

НЗОК няма правно основание да заплаща медицинска помощ за лица, които не разполагат с валидни удостоверителни документи за право на здравно осигуряване, поради което изпълнителите на медицинска помощ не могат да отчитат към РЗОК за заплащане оказана помощ на такива лица.

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ

ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

Заплаща ли НЗОК изследванията на хормони, както и ехография на щитовидната жлеза?

НЗОК заплаща изследванията на хормоните FT4, TSH, LH, FSH, Prolaktin, Estradiol, Testosteron, Progesteron. От тях за заболяванията, свързани с щитовидната жлеза, НЗОК заплаща хормоните TSH и FT4. От 2009 година всеки общопрактикуващ (личен) лекар може да назначава по преценка тези два хормона. НЗОК не заплаща специализираната медицинска дейност "ехография на щитовидната жлеза".

Здравноосигурените не дължат доплащане за хормоналните изследвания. В лабораторията те заплащат ***само такса за вземане на биологичен материал или потребителска такса, независимо от броя на изследванията, които им се правят.*** *Преценката, коя от двете такси да платят, е на лабораторията. В случай, че заплатят цена за вземане на биологичен материал, лечебното заведение не може да изисква от тях за изследвания в същата лаборатория такса по чл.37, ал.1, т.1 от Закона за здравното осигуряване, в размер на 1% от минималната работна заплата, установена за страната (понастоящем - 2.40 лв.). В лечебни заведения, извършващи медико-диагностични дейности, за които не се плаща цена за вземане на биологичен материал, здравноосигурените лица заплащат таксата по чл.37 от Закона за здравното осигуряване - 2.40 лв. От заплащане на таксата за вземане на биологичен материал се освобождават само хората без доходи, настанени в домове за деца и юноши, в домове за деца от предучилищна възраст и домове за социални грижи. Общопрактикуващият (личният) лекар или специалистът издават направление за медико-диагностични изследвания в лаборатория, сключила договор с НЗОК. Направлението може да се използва до 30 календарни дни от издаването му. Ако здравноосигуреният е диспансеризиран при лекар специалист по профила на заболяването (в случая - ендокринолог и специалист по болести на обмяната), може да се информира за прегледите и изследванията, които се заплащат от НЗОК, от интернет страницата на институцията - в рубрика „Национален рамков договор", „2009", подрубрика „Приложение № 9".*

Необходимо ли е при постъпване в болница да се представи предишна епикриза от хоспитализация в друга болница?

НЗОК не е поставила условие, съгласно което при постъпване за лечение пациентът задължително трябва да представи епикриза от предишно лечение. Такава епикриза има смисъл за проследяване на състоянието на пациента, но няма задължителен характер.

Може ли личният лекар да издаде направление за специалист - гастроентеролог, ако пациентът е включен в диспансерния регистър на лекар със специалност „гастроентерология"? Възможно ли е да се прекъсне диспансеризацията по искане на пациента и той да отиде на преглед при друг лекар гастроентеролог?

Лекуващият лекар (общопрактикуващ или специалист) е този, който преценява необходимостта от издаване на направление за прегледи и изследвания. Здравноосигуреното лице има право да смени лекаря, при когото се води на диспансерен отчет. За целта личният лекар следва да издаде Медицинско направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение (бланка МЗ-НЗОК № 3), с което пациентът да отиде при новоизбрания специалист.

За какъв период може да бъде продължена диспансеризацията на пациент след прекаран мозъчен инсулт с диагноза „Последици от мозъчно съдова болест" (код МКБ 16), който е диспансеризиран при специалист-невролог в продължение на една година? След изтичане на 12-те месеца може ли да посети невролога без направление от личния лекар?

Пациентите със заболяване „Последици от мозъчно-съдова болест"(МКБ-код I69) до една година от инцидента се диспансеризират от лекар - специалист по нервни болести. След първата година от инцидента до края на живота тези пациенти се наблюдават диспансерно от общопрактикуващия лекар.

Има ли право ОПЛ да изписва по две рецепти в месеца, когато опаковките на лекарствените продукти са с 28 таблетки?

На основание чл.27 от Наредба № 4 от 4 март 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти" (обн. – ДВ, бр.21 от 2009 г.) изпълнителите на медицинска помощ (ИМП) имат право да предписват лекарствени продукти от Списъка с лекарства, които НЗОК заплаща по реда на Наредба № 10 в следните количества: 1.) за лечение на остри състояния - продукти за не повече от 10 дни. В този случай лекарят задължително посочва срока на валидност на рецептата, който не може да бъде по-дълъг от 10 дни; 2.) за лечение на хронични заболявания - продукти за не повече от 30 дни (независимо дали месецът има 30 или 31 дни) - на рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5, и за не повече от 90 дни, предписани на до три отрязъка от рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5А, с изключение на случаите при изписване на упойващи и психотропни лекарствени продукти, и липса на подходяща опаковка от списъка на НЗОК; 3.) когато лекарственият продукт е в опаковка, по-малка или надвишаваща 30-дневния срок, лекарят записва срока, за който се предписва лекарството в рецептурната бланка, в амбулаторния лист и в рецептурната книжка на хронично болния (когато тя е задължителна). Лекарят непременно трябва да се съобразява с датата на отпускане на лекарствата от аптеката, документирана в рецептурната книжка на хронично болния. В конкретния случай, след като опаковката е за 28 дни, рецептурната бланка се изписва на определената дата, независимо че е в един и същи месец.

Кой трябва да изписва лекарствата на пациент с прекаран инсулт, представил на личния си лекар епикриза след дехоспитализация по КП № 1?

Пациенти с диагноза „Последици от мозъчно съдова болест" с МКБ-код I69 през първата година се наблюдават от специалист по неврология. По предписание от епикризата и от специалиста, личният лекар следва да изписва необходимите лекарства.

Какво трябва да направи пациент с диагноза „Паркинсон", който се лекува с медикамента Sinemet tabl., изписван от невролог чрез протокол, подновяван през 6 месеца, но вече

с изтекъл срок? Може ли този протокол да бъде подновен, за да не се прекъсва лечението?

Протоколи при започване на лечение с лекарствения продукт Sinemet tabl. (както и всеки следващ протокол за увеличаване на дозата) се издава от специалист, сключил договор с НЗОК, или от специализирана комисия. Ако за лечението на пациента не е необходимо завишаване на дозата от Sinemet tabl, не е нужно протоколът да се разглежда от комисия - достатъчно е само да се завери в районната здравноосигурителна каса (РЗОК).

При покачване на дозата от медикамента обаче се налага разглеждане на документацията и одобрение от комисията в РЗОК. В „Изисквания на НЗОК при провеждане на лечение на болни с Болест на Паркинсон в извънболничната помощ", публикувани на интернет страницата на НЗОК в рубрика „Лекарства", са посочени двата варианта за издаване на протоколи - от лекар специалист, сключил договор с НЗОК, или от специализирана комисия.

Реимбурсират ли се медикаментите Plavix и Trombex при пациенти след остър миокарден инфаркт без поставен стент, или това се отнася само за тези с ОМИ и поставен стент, както и при диагнози I69 и I73.1?

Лекарствените продукти Plavix tabl. и Trombex tabl. са включени в Лекарствения списък на НЗОК и се назначават за диагнози: I20 - „Стенокардия след поставяне на стент след остър миокард"; I69 - „Последици от мозъчно съдова болест" и I73.1 - „Облитериращ тромбангиит". Условието за поставяне на стент е задължително.

Има ли право пациент с диагноза „Множествена склероза" след изтичането на двугодишния курс на лечение с Бетаферон да продължи приема на скъпоструващото лекарство? На какви критерии трябва да отговарят здравноосигурените, за да се възползват от правото на лечение?

На интернет страницата на НЗОК, в рубрика „Лекарства", подрубрика „За договорните партньори" - „Изпълнители на медицинска помощ", са публикувани „Изисквания на НЗОК при провеждане на лечение на болни с пристъпно-ремитентна множествена склероза с лекарствени продукти, модифициращи хода на болестта, в извънболничната помощ".

Не съществуват ограничения във времето за лечение с Бетаферон, съгласно посочените изисквания. Наблюдаващият лекар-невролог следва да прецени необходимо ли е продължаване на терапията с Бетаферон.

Какъв е редът на спиране на протоколите за скъпоструващо лечение по медицински показания, напр. при бременност с МС? Какво трябва да се направи с протокол, който вече е издаден?

Анулиране на протокол за скъпоструващо лечение по медицински показания се извършва от Комисия в Централното управление на НЗОК. Протоколът следва да се насочи към комисията.

Необходимо ли е заверяването на протокол от комисия в РЗОК на пациент със заболяване „Епилипсия", който има стар протокол за NF 362 Topamax 100 mg 2x1, след изтичане на валидността на който е издаден протокол за NF 484 Talopat 100 mg 2x1?

След като не се променя международното непатентно наименование на медикамента, както и дневната дефинирана доза, не е необходимо да се разглежда документацията от комисия в РЗОК. Протоколът само се заверява в РЗОК.

Заплаща ли НЗОК лекарствения продукт Флексотид-инхалер и ако това е така, кой издава рецептурна книжка за него?

Лекарственият продукт Flixotid е от II-ра група (издава се без протокол) и се предписва на рецептурна бланка МЗ-НЗОК № 5 и № 5А с рецепта, вписана в рецептурната книжка след извършена консултация и поставена диагноза от лекар специалист. Издаването на рецептурна книжка става от общопрактикуващия (личния) лекар, при когото здравноосигуреното лице е осъществило постоянен избор. Нивото на заплащане от НЗОК за Flixotid 50 inhaler е 13.54 лв.; за Flixotid 250 inhaler - 33.85 лв.

Заплаща ли НЗОК диетичната храна Frisopep и какъв е редът за оформяне на докумен-

тацията за получаването ѝ?

В Списъка на диетични храни за специални медицински цели, които НЗОК заплаща, е включена диетичната храна Frisopep. Нивото на заплащане от страна на НЗОК е 17.40 лв./за опаковка. Дадена е възможност на фирмата производител да доставя храната без доплащане от пациента. Нейно право е да прецени дали има тази възможност. Лекарственият продукт е от група IC - изписва се по протокол, заверен в РЗОК.

Имат ли право пациенти със заболяване „Системен лупус еритематодес" на диспансеризация при специалист-ревматолог? Кой изписва лекарствата, необходими за лечението на това заболяване?

Пациенти с диагноза „Дисеминиран лупус еритематодес" се диспансеризират от специалист-ревматолог. Наблюдението на пациентите с това заболяване е до края на живота. Периодичността на прегледите е 4 пъти годишно, като необходимите изследвания за една година включват: химично изследване на урина с течни реактиви за албумин, билирубин, седимент, СУЕ, кръвна картина - поне 8 показателя, фибриноген, ГТП, както и една консултация със специалист по кожни и венерически болести (веднъж годишно).

Трябва ли здравноосигурени пациентки да заплащат за извършване на аборт в болница, ако той е по тяхно желание?

НЗОК заплаща за извършване на аборт по КП № 142 „Преждевременно прекъсване на бременността по медицински показания". Индикациите за хоспитализация са: съмнение за прогредиентен и инкомплетен аборт, независимо от срока на бременността; заболяване на майката, при което износването на бременността и раждането представляват неприемлив риск; експозиция по време на бременността на тератогенни фактори; плод с ехографски или други данни за малформации, несъвместими с извънутробния живот; мъртъв плод и др.

Абортът по желание не се заплаща по клинична пътека и разходите за него се поемат от пациентката.

Може ли гражданин на Европейския съюз да се осигурява здравно в България, без да има статут на постоянно или временно пребиваващ, или да работи тук?

Не е възможно гражданин на ЕС, който не работи в България, или няма разрешение за постоянно пребиваване в страната, да се осигурява в НЗОК (съгл. чл.33 от Закона за здравното осигуряване задължително осигурени в НЗОК са следните категории лица:

1. всички български граждани, които не са граждани и на друга държава; 2. българските граждани, които са граждани и на друга държава и постоянно живеят на територията на Република България; 3. (изм. ДВ, бр.18 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.) чуждите граждани или лицата без гражданство, на които е разрешено постоянно пребиваване в Република България, освен ако е предвидено друго в международен договор, по който Република България е страна; 4. (доп. ДВ, бр.54 от 2002 г., в сила от 01.12.2002 г.) лицата с предоставен статут на бежанец, хуманитарен статут или с предоставено право на убежище; 5. (нова - ДВ, бр.18 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.) чуждестранните студенти и докторанти, приети за обучение във висши училища и научни организации у нас по реда на Постановление на Министерския съвет № 103 от 1993 г. за осъществяване на образователна дейност сред българите в чужбина (обн., ДВ, бр.48 от 1993 г.; попр., бр.52 от 1993 г.; изм., бр.54 от 1995 г., бр.20 от 1996 г., бр.38 и 73 от 1999 г., бр.101 от 2002 г., бр.89 от 2004 г.) и Постановление на Министерския съвет № 228 от 1997 г. за приемане на граждани на Република Македония за студенти в държавните висши училища на Република България (обн., ДВ, бр.42 от 1997 г.; изм., бр.72 от 1999 г., бр.101 от 2002 г.); 6. (нова - ДВ, бр.95 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.) лицата, извън посочените в т. 1 - 5, за които се прилага законодателството на Република България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност. (2) (Нова - ДВ, бр.95 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.) ***Не са задължително осигурени в НЗОК лицата, които съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност подлежат на здравно осигуряване в друга държава членка на Европейския съюз.***